

Medicare Y Usted



2011

Este es el manual **oficial del gobierno de los Estados Unidos** que contiene información importante de Medicare sobre:

- ★ Lo nuevo en Medicare
- ★ Los costos de Medicare
- ★ Lo que Medicare cubre
- ★ Los planes médicos y de medicamentos recetados
- ★ Sus derechos si tiene Medicare
- ★ Cómo inscribirse para recibir los manuales futuros electrónicamente



Bienvenido a Medicare y Usted 2011

Me honra y complace presentar el manual de Medicare para el 2011—la mejor fuente de información oficial para obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En el Departamento de Salud y Servicios Humanos estamos esforzándonos más que nunca para orientar a Medicare hacia el futuro.

La Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo provee muchas mejoras para el programa Medicare. Además, le garantiza los beneficios básicos de Medicare—ya sea que los obtenga del Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage.

Como ejemplo de las mejoras que se están llevando a cabo, si usted tiene un plan de Medicare de recetas médicas y el mismo tiene un período sin cobertura (lo que se conoce en inglés como “*donut hole*”), la ley nueva reducirá esa brecha durante varios años para que sus medicamentos sean aún más accesibles. Si usted llega a la falta de cobertura en el 2010, podría ser elegible para recibir un cheque de reembolso de \$250 por única vez. Si llega a la interrupción en la cobertura en el 2011, se le puede otorgar un descuento del 50% cuando compra un medicamento de marca. Se otorgarán ahorros adicionales durante cada período sin cobertura hasta el 2020, año en el que se eliminará la brecha por completo. La nueva ley también impide que los Planes Medicare Advantage le cobren más de lo que le cobra el Medicare Original por el tratamiento para el cáncer y ciertos servicios que pudiera necesitar.

Si está inscrito en el Medicare Original, ahora le ofreceremos un examen anual para que se mantenga sano y la mayoría de los servicios preventivos serán gratuitos. Si tiene un Plan Medicare Advantage, hable con su plan para ver si estos servicios serán gratuitos.

Los médicos, hospitales y Planes Medicare Advantage tendrán incentivos para mejorar la calidad de los servicios que recibe. También se mejorará la coordinación de su atención después del alta del hospital, para garantizarle que reciba los servicios médicos que necesita cuando deje el hospital. También le resultará más fácil averiguar cuáles hospitales de cuidado a largo plazo, hospitales de rehabilitación para pacientes internados y programas de hospicio brindan el mejor servicio en su zona.

Hay otros cuantos cambios interesantes para mejorar la calidad de los servicios médicos actuales y futuros, mientras se le mantiene saludable, el programa Medicare se sigue fortaleciendo y continuamos manteniendo la confidencialidad de su información personal.

Si tiene preguntas, visite www.medicare.gov el sitio Web de Medicare nuevo y mejorado, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés), a su agencia local de envejecimiento o visitar www.aoa.gov la Administración de Envejecimiento.

Le saluda atentamente,

/s/

Kathleen Sebelius

Secretaria
Departamento de Salud y Servicios
Humanos de los Estados Unidos

/s/

Donald M. Berwick, MD

Administrador de los
Centros de Servicios de Medicare
y Medicaid

Herramientas para ayudarle a buscar en el manual lo que usted necesita

Por favor use este manual como referencia. La información era correcta al momento de su impresión. Para obtener la información actualizada llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), o visite www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Contenido	Lista de temas por sección	Páginas 5–7
Índice	Lista de temas en orden alfabético	Páginas 8–11
Contenido de cada sección	Los temas de la sección	Páginas 17, 47, 85, 93, 109, 115
 Las palabras en color azul	Las palabras en color azul se detallan en la sección “Definiciones”	Páginas 127–130
	Destaca la información importante	En todo el manual
	Destaca los servicios preventivos	Páginas 29–45
	Destaca la información relacionada con la Parte A de Medicare	En todo el manual
	Destaca la información relacionada con la Parte B de Medicare	En todo el manual
	Destaca la información relacionada con la Parte D de Medicare	En todo el manual

“Medicare y Usted” no es un documento legal. Las normas oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

¿Desea ahorrar?

¡Hay Ayuda Adicional disponible!

Muchas personas reúnen los requisitos para obtener **Ayuda Adicional** para pagar por la cobertura Medicare de las recetas médicas pero no lo saben. Para la mayoría de las personas que son elegibles y se inscriben en un plan Medicare de medicamentos recetados el 95% de sus costos estará cubierto. No se pierda esta oportunidad de ahorrar dinero. La Ayuda Adicional y otros programas (como los Programas de Ahorros de Medicare) pueden ayudarle a que sus gastos médicos y de medicamentos sean más accesibles. Vea las páginas 85–92 si desea más información sobre la Ayuda Adicional y otros programas.

Pida que le envíen los manuales futuros electrónicamente.

Ahorre dinero a los contribuyentes y ayude al medio ambiente inscribiéndose para recibir los manuales “Medicare y Usted” futuros electrónicamente (también conocidos como e-Manuales). Visite www.MiMedicare.gov para solicitarlos. En el mes de octubre cuando el próximo e-Manual esté disponible se lo enviaremos por correo electrónico. Si escoge recibirlo electrónicamente, no le enviaremos la copia impresa por correo.

¿Recibe en su hogar más de una copia del manual “Medicare y Usted”?

Esto puede ocurrir si hay una pequeña diferencia en la manera en la que usted o su cónyuge ingresaron la dirección en el sistema de correspondencia del Seguro Social o en el sistema de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés). Si en el futuro desea recibir solamente una copia, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Agente”. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es un beneficiario de RRB, llame a su oficina local de RRB al 1-877-772-5772.

Contenido

Medicare y Usted 2011

- 2** **Bienvenido a Medicare y Usted 2011**
- 3** **Herramientas para ayudarle a buscar en el manual lo que usted necesita**
- 4** **¿Desea ahorrar?**
- 8** **Índice**
- 12** **Lo que necesita saber en el 2011**
- 14** **Lo básico de Medicare**
 - 14 ¿Qué es Medicare?
 - 14 Las partes de Medicare
 - 15 Generalidades sobre sus opciones de cobertura de Medicare
 - 16 Dónde puede obtener respuestas a sus preguntas
- 17** **Las Partes A y B de Medicare (La inscripción y lo que está cubierto)**
 - 18 La Inscripción en las Partes A y B
 - 24 ¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?
 - 25 ¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?
 - 27 Los servicios cubiertos por la Parte A
 - 30 Los servicios cubiertos por la Parte B
 - 45 Lista de control de los servicios preventivos
 - 46 Lo que las Partes A y B NO cubren

Continuación ⇨

4 **Obtenga el manual electrónicamente**



12 **Lo que debe saber para el 2011**



26 **Lo que Medicare cubre**



Contenido (continuación)

47 **Sus opciones en Medicare**

- 48 Decida cómo obtener los beneficios de Medicare
- 48 ¿Necesita ayuda para decidir?
- 50 Lo que debe considerar al escoger o cambiar su cobertura
- 51 El Medicare Original
 - 52 Lo que usted paga
 - 57 Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)
- 60 Planes Medicare Advantage (Parte C)
 - 63 ¿Quién puede inscribirse?
 - 65 Lo que usted paga
 - 66 ¿Cómo funcionan los Planes Medicare Advantage?
 - 68 La inscripción, cambio y cancelación de un Plan Medicare Advantage
- 70 Otros planes de salud de Medicare
- 72 La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)
 - 72 ¿Quién puede obtener esta cobertura?
 - 73 Inscripción, cambio o cancelación de un plan Medicare de medicamentos recetados
 - 75 Lo que usted paga
 - 78 ¿Qué es la penalidad por inscripción tardía en la Parte D?
 - 80 Normas importantes de la cobertura de las recetas médicas
- 84 Cómo trabajan los otros seguros con Medicare

85 **Obtenga ayuda con sus gastos médicos y de medicamentos**

- 86 Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D)
- 90 Programas de ahorros de Medicare (ayuda para pagar los costos de Medicare)
- 91 Medicaid
 - 91 Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs por su sigla en inglés)
 - 92 PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)
 - 92 Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 - 92 Programas para las personas que viven en los territorios de los Estados Unidos
 - 92 Seguro médico para los niños

Contenido (continuación)

93 **Prótegame y proteja a Medicare**

- 94 Sus derechos si tiene Medicare
- 95 ¿Qué es una apelación?
- 98 El derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos recetados
- 102 Cómo usa Medicare su información personal
- 104 Protéjase del robo de identidad
- 105 Protéjase y proteja a Medicare del fraude

109 **Planifique con anticipación**

- 110 Planificación del cuidado a largo plazo
- 110 ¿Cómo se paga el cuidado a largo plazo?
- 113 Instrucciones por anticipado

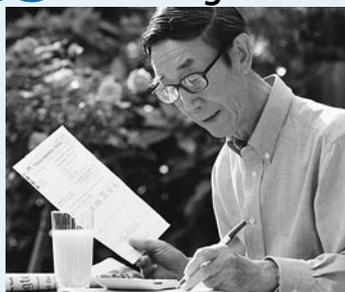
115 **Herramientas y recursos útiles**

- 116 Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- 117 Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés)
- 118 Obtenga la información que necesita por Internet
- 119 Compare la calidad de los planes y proveedores
- 120 Controle su información médica por Internet
- 122 Las publicaciones de Medicare
- 122 Recursos para los cuidadores
- 123 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

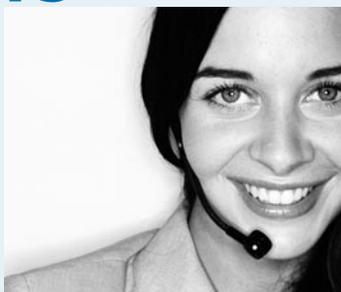
127 **Definiciones**

131 **Los costos de Medicare**

85 **¿Necesita ayuda con sus gastos?**



115 **Recursos útiles**



131 **Los costos de Medicare**



Índice

NOTA: Los números en **negritas** indican la página con información más detallada.

A

- Abuso de sustancias 38
- Acupuntura 46
- Andadores **34–35**, 116
- Aneurisma Aórtico Abdominal **30**, 45
- Anteojos 35
- Aparatos de asistencia auditiva/audífonos 36, **46**
- Aparatos ortopédicos (cuello/piernas/brazos) 41
- Apelación 95–100
- Área de servicio 63, 65, 66, 68, 71–73, 127
- Asignación 53– **54**
- Asilos para ancianos 27, 71, 89, **110**, 112, 116, 119, 122
- Asistente médico 38
- Atención urgente **44**, 55, 60, 66–67
- Autorización para divulgar información médica personal 117
- Aviso al Beneficiario por Adelantado 101
- Aviso sobre privacidad/confidencialidad 102–103
- Ayuda adicional (para pagar por la cobertura de sus recetas médicas) 4, 65, 68, 73, 75–76, 78, **86–89**, 127
- Ayuda con los costos 65, 73, 75–76, **86–89**
- Ayuda para dejar de fumar **42**, 45

B

- Beneficios para Veteranos (VA) 16, 78, **83**, 111
- Bienvenido a Medicare (Examen físico) 30, 35, **39**, 45
- Brazos y miembros artificiales 41

C

- Calidad de la atención 16, 50, 71, **119**, 120
- Cancelación 62, **68**, 73
- Cataratas 35
- Centros Médicos Autorizados Federalmente **35**, 42

C (continuación)

- Centro de cirugía ambulatoria 30, 114
 - Centro de Enfermería Especializada (SNF) 26, 28, 62, 110, **128**
 - Cirugía estética 46
 - Clínica de salud rural 41
 - Cobertura acreditable/válida de medicamentos recetados 50, 56, 72–73, 78–79, 82–83, 87, **128**
 - Cobertura catastrófica **76–77**, 86
 - COBRA 21–22, **82**
 - Cobertura de su empleador 21–22, 49–52, 56, 63–64, 70, 72, 78, **82**, 84, 88
 - Cobertura de recetas médicas de Medicare 14, 56, **72–83**, 86–89
 - Colonoscopia **32**, 45
 - Contrato (privado) 55
 - Coordinación de beneficios 16, **84**
 - Costos (copagos, coseguros, deducibles y primas) 13, 26–27, 29, 49–55, 62, 65, 75, 77, 86, 127–129, **131–134**
 - Cuidado de custodia/compañía 28, 110, 128
 - Cuidado dental/dentaduras 46, 60, 92
 - Cuidado de hospicio 14, **27**, 60, 97, 132
 - Cuidado de hospital (Internación) 14, 26, 28, 97, 132
 - Cuidado de la salud en el hogar 14, 26, 27, **37**, 51, 54, 91, 119, 132–133
 - Cuidado a largo plazo 110–112
- ## D
- Definiciones 127–130
 - Departamento de Defensa 16
 - Departamento de Asuntos de Veteranos 16, 78, **83**, 111
 - Depresión (vea Salud Mental) 38
 - Derechos **94–103**, 108
 - Determinación de cobertura (Parte D) 98–100

NOTA: Los números en **negritas** indican la página con información más detallada.

D (continuación)

Diabetes **33**, 36–37, 45
 Diálisis renal 14, 19, **37**, 62–64, 66–67, 113, 118–119
 Días de reserva de por vida/vitalicios **128**, 132
 Discriminación 94, **108**

E

Electrocardiograma (EKG) **35**, 42
 E-Manual 4
 Enema de bario **32**, 45
 Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) 14, 19, 21, 37, 48, 62–**64**
 Enfermera diplomada 38
 Equipo Médico Duradero (como andadores) 12, 27, 29, **34–35**, 37, 40, 54, 116, 132–133
 Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS) 18
 Estudios de investigación clínica 28, **31**, 62
 Evaluación cardiovascular **31**, 45
 Evaluación de cáncer colorrectal **32**, 45
 Examen de bienestar 39, 45
 Examen de equilibrio 36
 Examen de glaucoma **36**, 45
 Examen de los pies 36
 Examen de los senos **39**, 45
 Examen de la vista 35–36, 60
 Examen de sangre oculta en la materia fecal **32**, 45
 Examen del VIH **36**, 45
 Exámenes 31–33, 36, 38–**42**
 Evaluación de la próstata (prueba de PSA) **41**, 45
 Examen Papanicolaou **39**, 45
 Examen pélvico **39**, 45
 Excepción (Parte D) 80–81, **98–100**
 Expediente médico electrónico 50, **120**
 Expediente médico personal 121

F

Facturas (reclamaciones) **51–53**, 103, 116
 Falta de cobertura **76–77**, 86
 Formulario 50, 75, 80, 98, **129**
 Fraude 12, **104–107**

I

Ingresos limitados 56, 65, **86–92**
 Inscripción
 Parte A 18–23
 Parte B 18–23
 Parte C 63, **68–69**
 Parte D 72–74
 Institución/centro 67–68, 73, 87, 89, **129**
 Centros de salud religiosos no médicos 26, **28**
 Instrucciones por adelantado 113–114
 Intermediario del beneficiario de Medicare 108
 Internación en el hospital 14, 26–**28**, 33, 38, 44
 Interrupción en la cobertura **76–77**, 86, 129

J

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) **16**, 18–19, 25, 53, 131

L

Ley Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) 21–22, **82**
 Lo que necesita saber 12–13
 Localizador Eldercare **112**, 122

M

Mamografía 37, 45, 66–67
 Medicaid 67, 71, 84, 86, 89, **91**, 92, 107, 111
 Medicamentos (para paciente ambulatorio) 40, 81
 Medicare
 Parte A 14, **18–24**, 26–28, 131–132
 Parte B 14, 18–23, 25, **29–45**, 131, 133
 Parte C 14, **60–69**, 134
 Parte D **78–79**, 134
 Medicare Original 15, 49, **51–56**
 Medición de masa ósea/densitometría **31**, 45
 Médico de cabecera 51, 66–67, 129
 Miembros artificiales 41

NOTA: Los números en **negritas** indican la página con información más detallada.

N

Necesario por razones médicas 27–30, 33, **129**
Niveles (formulario) **80**, 129

O

Oficina de Derechos Civiles 16, 103, **108**
Oficina del Inspector General **16**, 106–107
Oficina de Gerencia de Personal **16**, 83
Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) 71, 88, **90–91**, 107, 111, 116
Opciones de pago (prima) 75, 131
Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) 66
Organización para el Mejoramiento de la Calidad 16, 97, 115, **129**
Ortóticos 41
Oxígeno **34**, 116

P

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos) **71**, 92, 111
Penalidad por inscripción tardía:
 Parte A 21, 24
 Parte B 25
 Parte D **78–79**, 134
Período de beneficio **130**, 132
Período especial de inscripción **21–22**, 23, 25, 82
Período de inscripción general 21
Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) **61**, 68, 72
Plan Medicare de Costo 70, 130
Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO por su sigla en inglés) **66**, 127
Planes para Necesidades Especiales 64, **67**
Planes Medicare de Medicamentos Recetados 14, **72–83**, 134
Planes Medicare Advantage (HMO o PPO) 14, **60–69**, 134
Planes Medicare SELECT 57
Planes Privados de Pago por Servicio 67

P (continuación)

Plan de salud grupal (Empleador) 21–22, 49–50, 52, 56, 63–64, 70, 72, 78, **82**, 84, 110
Poder legal 113
Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) 15, 22, **57–59**, 63, 82
Programas Comunitarios 111
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) 16, 48, **117**, 123–126
Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica 91
Programa SMP (Senior Medicare Patrol) 105
Programas de Ahorros de Medicare 86, **90**
Programas piloto **71**
Prueba de glaucoma **36**, 45
Publicaciones 122

R

Rayos X 37, 39, **42**
Reclamaciones **51**, **53**, 102–103, 116
Red de ESRD 64
Reemplazo de la tarjeta de Medicare 16
Referido 30, 39, 41, 51, 62, 66–67, **130**
Rehabilitación cardíaca 31
Rehabilitación pulmonar 41
Representante legal para decisiones médicas 113–114
Resumen de Medicare (MSN) 52–**53**, 96, 106
Robo de identidad **104**, 106

S

Sala de emergencias **35**, 81
Salud mental 28, **38**, 132–133
Sangre 27, 30, **132–133**
Segunda opinión sobre una cirugía 41
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 86, **92**
Seguro médico de jubilado **21**, 83–84
Seguro Médico para Empleados Federales (FEHB) 16, 22, **83**
Seguro Médico para los Niños (CHIP) 92
Seguro Social **16**, 18–19, 23–25, 53, 75, 88, 92, 133

NOTA: Los números en **negritas** indican la página con información más detallada.

S (continuación)

Servicios ambulatorios del hospital **39**, 133
 Servicios clínicos de laboratorio **31**, 133
 Servicios cubiertos (Partes A y B) 27–45, **132–133**
 Servicios de ambulancia **30**, 44
 Servicios de educación sobre la enfermedad renal 37
 Servicios de patología del lenguaje 27, 37, **42**, 133
 Servicios preventivos 12, 29–**45**, 116, 130
 Servicios de Salud para Indígenas 78, **83**
 Servicios de trasplante 43
 Servicios que no brinda el médico 38
 Servicios quiroprácticos 31
 Sigmoidoscopia flexible **32**, 45
 Silla de ruedas **34–35**, 116
 Sindicato 21, 49–50, 52, 56, 63–64, 70, 72, 78, **82**, 84, 110
 Subsidio por bajos ingresos (LIS) 4, 65, 68, 73, 75–76, 78, **86–89**, 127
 Suministros médicos 27–28, **33–35**, 37, 39, 41–42, 116

T

Tecnología informática en el campo de la salud 120–121
 Teléfono de texto (TTY) 16, 116, **130**
 Telemedicina 42
 Terapia de nutrición **37**, 45
 Terapia física 27, 37, **40**, 133
 Terapia ocupacional 27, 37–**38**
 Testamento en vida 113
 Trasplante renal/ de riñón 14, 19, 37, **43**, 63–64
 TRICARE 16, 23, 78, **83–84**

V

Vacunas/inmunizaciones 36, 40, **45**, 80
 Vacuna contra el Herpes Zoster 80
 Vacuna contra la gripe/influenza **36**, 45
 Vacuna contra la Hepatitis B **36**, 45
 Vacuna neumocócica/ contra la pulmonía **40**, 45
 Vendaje quirúrgico 42
 Viaje al extranjero **44**, 50, 57
 Vista 35–36, 60

W

www.medicare.gov 16, 19, 29, 35, 48, 54, 59, 66, **118**
 www.MiMedicare.gov 45, 53, 80, 106, **118–119**

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Pague menos por los servicios preventivos Vea las páginas 29–45.

Usted no pagará el **deducible** o **coseguro** por la mayoría de los **servicios preventivos**.

Equipo médico duradero (DME) Vea las páginas 34–35.

Si usted vive en ciertas zonas, tal vez tenga que obtener el equipo médico duradero (como los andadores) de ciertos proveedores específicos. Este programa le ayudará a ahorrar dinero a usted y a Medicare y le garantizará el equipo y suministros de calidad.

Nuevo examen anual de bienestar Vea la página 39.

Usted tiene un examen físico cubierto cada año para mantenerse saludable.

Nuevas fechas para cambiar de plan Vea las páginas 13, 68, y 73.

Averigüe cuándo puede cambiar su plan de salud y de medicamentos recetados.

Ayuda durante la interrupción de cobertura en los planes de medicamentos Vea la página 76.

Si llega al período de interrupción de cobertura de su plan Medicare de medicamentos recetados, podría ser elegible para ciertos ahorros en los medicamentos de marca y genéricos.

Combata el fraude a Medicare Vea las páginas 105–107.

Averigüe lo que está haciendo Medicare y lo que usted puede hacer para protegerse contra el fraude, el despilfarro y el abuso.

Maneras de controlar su información médica por Internet Vea las páginas 120–121.

Hay herramientas que pueden ayudarle a monitorear su información médica, reducir el papeleo y errores y mejorar la calidad de los servicios.

Lo que usted paga por Medicare Vea las páginas 131–134.

Las **primas** de las Partes A y B, los deducibles, **copagos**, y el coseguro se mencionan en las páginas 131–133. La información sobre los costos de las Partes C y D está en la página 134.

Planes médicos y de medicamentos recetados de Medicare

Visite www.medicare.gov/find-a-plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para encontrar planes disponibles en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

La cobertura y los costos cambian anualmente

Su plan de salud o de recetas médicas de Medicare puede cambiar cada año lo que cobra por los servicios y lo que cubre. Aun si el costo y la cobertura permanecieran sin cambios, su salud y sus finanzas podrían cambiar.

Revise su cobertura cada año para ver si se ajusta a sus necesidades. Si está satisfecho no tiene que cambiar de plan.

Período de inscripción abierta en el otoño



¡Marque en su calendario estas fechas importantes!

Aviso: Las fechas del período de inscripción abierta cambiarán para ofrecerle más tiempo para escoger e inscribirse en un plan de salud o de recetas médicas de Medicare.

Septiembre 2011

Compare su cobertura con las otras disponibles para ver si hay otra opción que le convenga más. Vea la página 15.

15 de octubre al 7 de diciembre de 2011

Usted puede cambiar su cobertura de salud o de medicamentos para el 2011. Vea las páginas 68 y 73 para otros períodos en los que puede cambiar de plan.

1 de enero de 2012

Comienza la nueva cobertura si usted cambió o se ha inscrito en un plan. Los nuevos costos y los cambios a la cobertura existente también entran en vigencia en esta fecha.

¿Está su plan de salud o de medicamentos retirándose del programa Medicare? Los planes pueden decidir retirarse del programa Medicare el próximo año. Su plan le enviará una carta si abandona Medicare o si deja de prestar servicios en su zona. Consulte la página 94 acerca de sus derechos y opciones.

Lo básico de Medicare

¿Qué es Medicare?

Medicare es un seguro médico para:

- Las personas de 65 años o más
- Las personas menores de 65 años con ciertas incapacidades
- Las personas de cualquier edad que padezcan de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés), (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón)

Las partes de Medicare

Las distintas partes del programa Medicare cubren servicios específicos.

H

La Parte A de Medicare (seguro de hospital)

- Ayuda a pagar la internación en el hospital
- Los servicios en un [centro de enfermería especializada](#), el cuidado de hospicio y algunos servicios de atención domiciliaria (cuidado de la salud en el hogar)

Consulte las páginas 26–28.



La Parte B de Medicare (seguro médico)

- Ayuda a pagar por los servicios de los médicos, servicios ambulatorios y el cuidado de la salud en el hogar
- Algunos [servicios preventivos](#) para que se mantenga sano y para evitar que ciertas enfermedades empeoren

Consulte las páginas 29–45.



La Parte D de Medicare (La cobertura de las recetas médicas)

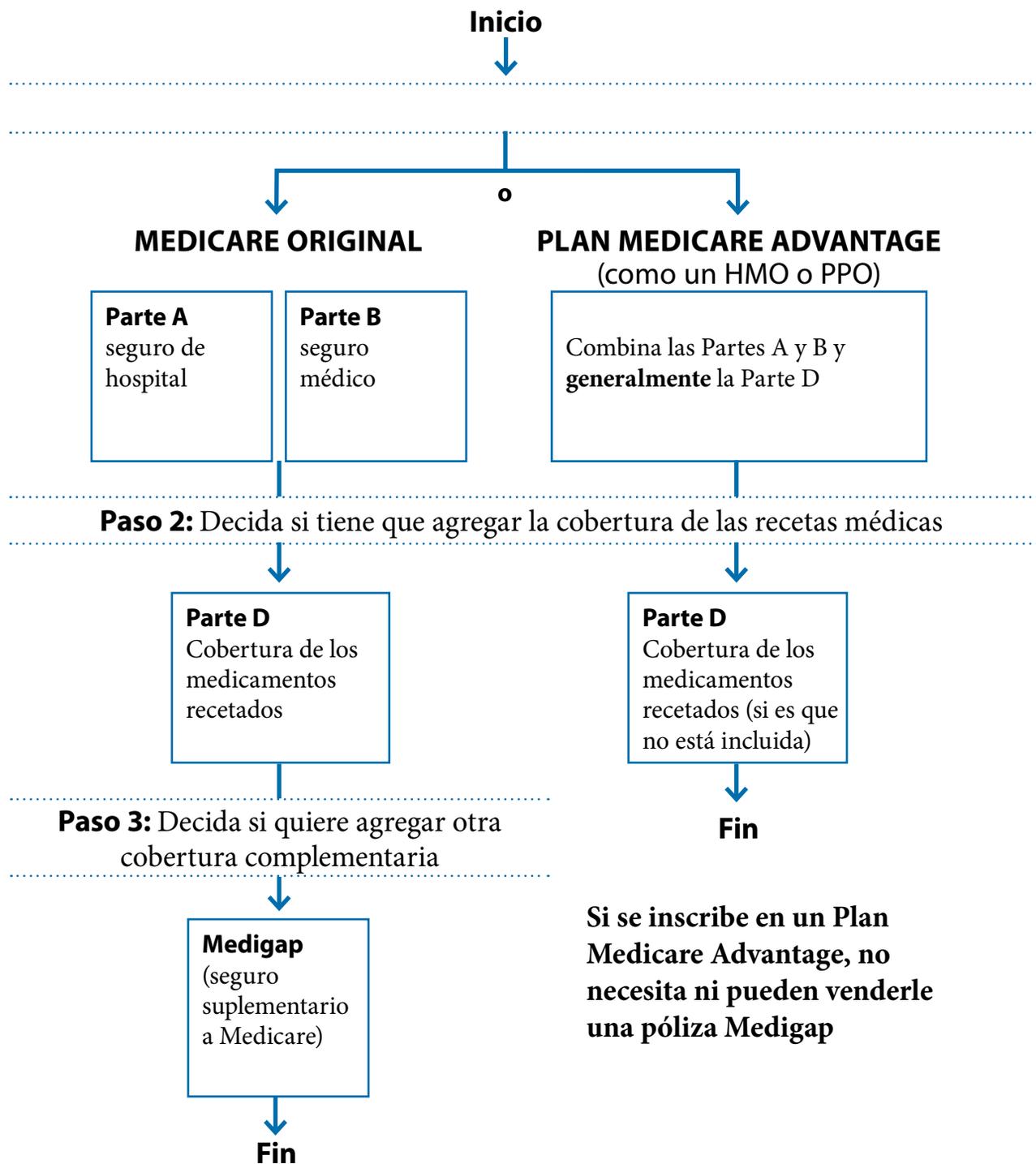
- Una opción de medicamentos ofrecida por compañías privadas aprobadas y bajo contrato con Medicare
- Le ayuda a pagar por sus medicamentos recetados
- Puede ayudarle a reducir sus gastos de medicamentos y protegerlo contra aumentos en los precios de los medicamentos en el futuro.

Consulte las páginas 72–83.

Los Planes Medicare Advantage (como los HMO o PPO) son planes médicos ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare. Los Planes Medicare Advantage (también conocidos como la “Parte C”) incluyen la Parte A y la Parte B, y generalmente otra cobertura como la de los medicamentos recetados (Parte D), por un costo adicional. Consulte las páginas 60–69.

Generalidades sobre sus opciones de cobertura de Medicare

Hay dos maneras principales de recibir su cobertura de Medicare: El Medicare Original o un Plan Medicare Advantage. Use los pasos siguientes para decidir cuál escoger.



Para más detalles, consulte la página 49.

Dónde puede obtener respuestas a sus preguntas

1-800-MEDICARE

Para obtener información general sobre Medicare o sobre reclamaciones específicas así como números de teléfono importantes. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea español o inglés, diga “agente” para hablar con un representante de servicio al cliente.

1-800-633-4227

TTY 1-877-486-2048

www.medicare.gov

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés)

Para asesoría personalizada sobre seguros médicos y ayuda para tomar decisiones sobre su cuidado de salud; información sobre programas para personas de bajos ingresos y recursos limitados y ayuda con sus reclamaciones, facturas y apelaciones.

Vea las páginas 123–126. Llame al 1-800-MEDICARE para obtener el teléfono del los SHIP en otros estados.

Seguro Social

Para reemplazar su tarjeta de Medicare, hacer el cambio de domicilio o de nombre, para obtener información sobre la elegibilidad para las Partes A y B y la inscripción, para obtener [Ayuda Adicional](#) para pagar por su cobertura de medicamentos; averiguar sobre las [primas](#) y para informar sobre una defunción.

1-800-772-1213

TTY 1-800-325-0778

www.socialsecurity.gov

Contratista de Coordinación de Beneficios

Para averiguar si es Medicare o su otro seguro el que debe pagar primero y para avisar sobre cualquier cambio en la información sobre su seguro.

1-800-999-1118

TTY 1-800-318-8782

Departamento de Defensa

Para información sobre TRICARE for Life y el Programa de Ayuda Farmacéutica de TRICARE.

1-866-773-0404

TTY 1-866-773-0405

1-877-363-1303 (Farmacia)

TTY 1-877-540-6261

www.tricare.mil/mybenefit

Departamento de Salud y Servicios Humanos

Oficina del Inspector General

Si sospecha de un fraude a Medicare.

1-800-447-8477

TTY 1-800-377-4950

www.stopmedicarefraud.gov

Oficina de Derechos Civiles

Si cree que lo han discriminado o que se ha violado su derecho de confidencialidad.

1-800-368-1019

TTY 1-800-537-7697

www.hhs.gov/ocr

Departamento de Asuntos para Veteranos

Si usted es un excombatiente/veterano o ha servido en las Fuerzas Armadas.

1-800-827-1000

TTY 1-800-829-4833

www.va.gov

Oficina de Gerencia de Personal

Para información sobre el Seguro Médico para Empleados Federales, para los empleados federales en actividad y retirados.

1-888-767-6738

TTY 1-800-878-5707

www.opm.gov/insure

Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés)

Si recibe prestaciones de RRB, llámelos para informarles sobre cambio de domicilio o de nombre, inscripción en Medicare, para reemplazar su tarjeta de Medicare o informar sobre una muerte. Oficina local de RRB o al 1-877-772-5772

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO por su sigla en inglés)

Para hacer preguntas o presentar quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, o si piensa que el servicio que le brindan está terminando antes de tiempo.

Para obtener el número de teléfono de su QIO, llame al 1-800-MEDICARE.

Las Partes A y B de Medicare

(La inscripción y lo que está cubierto)



La Sección 1 le ofrece información sobre:

La inscripción en las Partes A y B 18

¿Cuánto cuesta la Parte A? 24

¿Cuánto cuesta la Parte B? 25

¿Qué cubre la Parte A (seguro de hospital)? 26

¿Qué cubre la Parte B (seguro médico)? 29

Lista de los [servicios preventivos](#) 45

Lo que las Partes A y B NO cubren 46



La Inscripción en las Partes A y B

Esta sección le explica cómo y cuándo inscribirse y el motivo por el que tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B.

Algunas personas obtienen las Partes A y B automáticamente

- En la mayoría de los casos, si recibe los beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por su sigla en inglés), obtendrá las Partes A y B automáticamente a partir del primer día del mes en el que cumpla 65 años. Si su cumpleaños es el primer día del mes, la cobertura de las Partes A y B comenzará el primer día del mes anterior.
- Si tiene menos de 65 años y está incapacitado, usted obtendrá las Partes A y B automáticamente, una vez que haya recibido los beneficios por incapacidad del Seguro Social o de RRB por 24 meses.

MEDICARE		HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)			
NAME OF BENEFICIARY JANE DOE			
MEDICARE CLAIM NUMBER 000-00-0000-A	SEX FEMALE		
IS ENTITLED TO		EFFECTIVE DATE	
HOSPITAL MEDICAL	(PART A) (PART B)	07-01-1986 07-01-1986	
SIGN HERE → <i>Jane Doe</i>			

- Le enviarán su tarjeta de Medicare (la tarjeta roja, blanca y azul) por correo aproximadamente 3 meses antes de cumplir 65 años o en el mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Si no desea la Parte B, siga las instrucciones que le envían con la tarjeta y devuelva la tarjeta. Si se la queda, significa que se queda con la Parte B y tendrá que pagar las **primas**.
- Si vive en Puerto Rico y recibe beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, obtendrá la Parte A automáticamente. Si quiere la Parte B, tendrá que inscribirse. Para más información, llame a su oficina local del Seguro Social o RRB.
- Si usted padece de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS por su sigla en inglés) también conocida como enfermedad de Lou Gehrig, obtendrá las Partes A y B automáticamente el mes en que comiencen sus beneficios por incapacidad.



Si tiene la Parte A y TRICARE (cobertura para militares en actividad o retirados y sus familias), usted debe tener la Parte B para poder quedarse con la cobertura de TRICARE. Vea la página 23.



Algunas personas deben inscribirse en las Partes A y B

- Si usted no está recibiendo beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) (por ejemplo si aún sigue trabajando), y desea la cobertura de la Parte A o B, tendrá que inscribirse (aun si es elegible para la Parte A sin el pago de la prima). Vea la página 24. Si no es elegible para la Parte A sin prima, puede comprar las Partes A y B. Debe comunicarse con el Seguro Social 3 meses antes de cumplir 65 años. Si trabaja para los ferrocarriles, debe inscribirse llamando a RRB.
 - Si padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD por su sigla en inglés) puede inscribirse en las Partes A y B en su oficina local del Seguro Social o llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en Medicare si padece de ESRD, visite <http://go.usa.gov/cOx> y consulte “La cobertura Medicare de la diálisis renal y los servicios de trasplante de riñón”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar si le pueden enviar la publicación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener información sobre la elegibilidad para Medicare y para inscribirse en las Partes A y/o B. Si tiene 65 años o más, también puede solicitar la Parte A sin prima y la Parte B por Internet en www.socialsecurity.gov, y seleccionando “Jubilación/Medicare” en el medio de la página. El trámite le tomará menos de diez minutos.
- Si recibe los beneficios de RRB, llame al 1-877-772-5772.
- Para información general sobre la inscripción visite www.medicare.gov/MedicareEligibility. También puede obtener asesoría gratuita y personalizada de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés). Vea las páginas 123–126 para conseguir el número de teléfono.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.





¿Cuándo puedo inscribirme?

El período inicial de inscripción

Cuando es elegible para la Parte B por primera vez. (Por ejemplo, si es elegible para la Parte B cuando cumple 65 años, es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años y termina 3 meses después.)

3 meses antes del mes en que cumple 65 años	2 meses antes del mes en que cumple 65 años	1 mes antes del mes en que cumple 65 años	El mes en que cumple 65 años	1 mes después del mes en que cumple 65 años	2 mes después del mes en que cumple 65 años	3 mes después del mes en que cumple 65 años
Inscríbase temprano para evitar retrasos en la cobertura de los servicios de la Parte B. La Parte B comenzará el mes en que cumple 65 años. Usted debe inscribirse durante los tres meses anteriores a su cumpleaños.			Si espera hasta los cuatro últimos meses de su período inicial de inscripción para inscribirse en la Parte B, su fecha de inicio se retrasará.			

Si se inscribe en la Parte B durante los tres primeros meses de su período inicial de inscripción la fecha en que se inicie su cobertura dependerá de su cumpleaños:

- Si su cumpleaños **no es** el primer día del mes, la cobertura de la Parte B comenzará el primer día del mes de su cumpleaños. Por ejemplo, el Sr. Torres cumple 65 años el 20 de julio de 2011. Si se inscribe en abril, mayo o junio, su cobertura comenzará el 1 de julio de 2011.
- Si su cumpleaños **es** el primer día del mes, la cobertura de la Parte B comenzará el primer día del mes anterior. Por ejemplo, el Sr. Gómez cumple 65 años el 1 de julio de 2011. Si se inscribe en marzo, abril o mayo, su cobertura comenzará el 1 de junio de 2011. Para leer la tabla correctamente, use el mes antes de su cumpleaños como “el mes en que cumple 65 años.”

Si se inscribe en la Parte B el mes en que cumple 65 años o durante los 3 últimos meses de su período inicial de inscripción, el comienzo de la cobertura se retrasará. Por ejemplo, la Sra. Díaz cumple 65 años en julio. El inicio de su cobertura dependerá del mes en que se haya inscrito:

Si se inscribe en	La cobertura comienza
Julio	1 de agosto
Agosto	1 de octubre
Septiembre	1 de diciembre
Octubre	1 de enero



¿Cuándo puedo inscribirme? (continuación)

Período general de inscripción

Si no se inscribió en la Parte A y/o B (por la cual paga una prima mensual) cuando fue elegible por primera vez, podrá hacerlo del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Su cobertura comenzará el 1 de julio. Usted podría pagar una **prima** más elevada si se inscribe tarde. Vea las páginas 24–25.

Si se inscribe en estos meses	Su cobertura comenzará el
Enero	1 de julio
Febrero	
Marzo	

Período especial de inscripción

Si no se inscribió en la Parte A y/o B (por la cual paga una prima mensual) cuando fue elegible por primera vez porque tenía la cobertura médica grupal de su empleador actual, puede hacerlo:

En cualquier momento en que usted o su cónyuge (o su pariente si usted está incapacitado) esté trabajando y tenga cobertura médica a través del empleador o sindicato

O

Durante el período de 8 meses que comienza el mes después de que termine su empleo o en que termine la cobertura de su seguro médico grupal, lo que ocurra primero

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Por lo general, usted no pagará la multa por inscripción tardía si se inscribe durante el período especial de inscripción. Este período especial no se aplica a las personas que padecen de ESRD. Consulte la página 19. Usted también podría ser elegible para un período especial de inscripción si trabaja como voluntario en un país extranjero.

Nota: Si tiene COBRA o un plan médico para jubilados, no tiene cobertura médica basada en su empleo actual. Por lo tanto, no será elegible para un período especial de inscripción cuando dicha cobertura termine.

¿Cuándo puedo inscribirme? (continuación)



Período abierto de inscripción de Medigap

Usted tiene un período abierto de inscripción a Medigap de 6 meses que comienza el primer mes en el que tiene 65 años y está inscrito en la Parte B. Este período le garantiza el derecho a comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) que se venda en su estado. Una vez que este período comienza no puede retrasarse ni cambiarse. Vea las páginas 57–59.

Para más información sobre los períodos de inscripción, consulte la hoja informativa “Entienda los períodos de inscripción en Medicare” en <http://go.usa.gov/cOa>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar si le pueden enviar una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Debo obtener la Parte B?

La información siguiente le ayudará a decidir si se inscribe o no en la Parte B.

Cobertura de Empleador o Sindicato—Si usted o su cónyuge (o un familiar si usted está incapacitado) **está trabajando** y usted tiene cobertura médica a través del empleador (incluida la del Programa de Beneficios Médicos para Empleados Federales) o de un sindicato, comuníquese con el administrador de beneficios para averiguar cómo trabaja dicho seguro con Medicare. Tal vez le convenga esperar para inscribirse en la Parte B. Cuando termina el empleo, ocurren tres cosas:

1. Usted podría escoger la cobertura de COBRA que le permitirá que su cobertura de salud grupal continúe (en la mayoría de los casos sólo por 18 meses) y probablemente tenga que pagar más.
2. Tiene un período de 8 meses para inscribirse en la Parte B sin tener que pagar la penalidad por inscripción tardía. El período es válido independientemente de si elige COBRA o no. Si escoge COBRA no espere hasta que esta cobertura termine para inscribirse en la Parte B. Si se inscribe en la Parte B después de los 8 meses, tendrá que pagar la penalidad por inscripción tardía. Vea la página 25.
3. Cuando se inscriba en la Parte B, se iniciará el período de inscripción abierta a Medigap. Vea la página 58.



¿Debo obtener la Parte B? (continuación)



TRICARE—Si tiene la Parte A de Medicare y TRICARE (cobertura médica para militares en actividad y retirados incluyendo sus familias), **deberá tener también la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE.** Sin embargo, si es un miembro en servicio o el cónyuge o niño dependiente de un miembro en actividad:

- Usted no tiene que estar inscrito en la Parte B para quedarse con la cobertura de TRICARE mientras esté en actividad.
- Antes de que el miembro en actividad se jubile, usted debe inscribirse en la Parte B para poder quedarse con la cobertura de TRICARE.
- Usted puede obtener la Parte B durante un período especial de inscripción si tiene Medicare porque tiene 65 años o más, o por una incapacidad.



¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte A?

Por lo general no paga una **prima** mensual por la Parte A si usted o su cónyuge pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

Si no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima, podría comprar la Parte A si cumple una de estas condiciones:

- Tiene 65 años o más y le corresponde (o se inscribe) en la Parte B y cumple los requisitos de nacionalización o residencia.
- Tiene menos de 65 años, está incapacitado y la cobertura de la Parte A sin pago de prima terminó porque regresó a trabajar. (Si es menor de 65 años y está incapacitado, puede continuar recibiendo la Parte A sin el pago de prima hasta 8.5 años después de regresar a trabajar.)

Nota: El monto de la prima a pagar en el 2011 por la Parte A es \$450.

En la mayoría de los casos, si usted decide **comprar** la Parte A, también tendrá que tener la Parte B y pagar las primas mensuales de ambas partes. Si usted es una persona de ingresos y recursos limitados, su estado puede ayudarle a pagar por la Parte A y/o la Parte B. Vea la página 90. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para obtener información sobre la prima de la Parte A. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-325-0778.

Penalidad por inscripción tardía en la Parte A

Si usted no es elegible para la Parte A sin el pago de la prima y no la compra cuando es elegible por primera vez, su prima mensual podría aumentar hasta un 10%. Usted tendrá que pagar esta prima más alta por el doble del número de años en los que podría haber tenido la Parte A pero no se inscribió. Por ejemplo, si fue elegible para la Parte A por 2 años pero no se inscribió, tendrá que pagar una prima más alta por 4 años. En general, no tendrá que pagar esta multa si cumple con ciertas condiciones que le permiten inscribirse en la Parte A durante un período especial de inscripción. Vea las páginas 21–22.





¿Cuánto cuesta la cobertura de la Parte B?

Usted paga una **prima** mensual por la Parte B. La mayoría de los beneficiarios pagan la cantidad estándar. Sin embargo, si su ingreso bruto ajustado modificado tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años (la declaración de impuestos más reciente proporcionada por el IRS al Seguro Social) está por encima de cierta cantidad, tal vez tenga que pagar más.

El ingreso bruto ajustado modificado es el ingreso bruto ajustado (que paga impuestos) más los ingresos por concepto de intereses exentos de impuestos. Cada año, el Seguro Social le dirá si tiene que pagar más que la prima estándar. El que pague una prima estándar o más elevada puede cambiar cada año dependiendo de sus ingresos. Si tiene que pagar una prima más alta y no está de acuerdo (aun si está recibiendo los beneficios de RRB) llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-800-325-0778. También puede consultar la hoja informativa “Las Primas de la Parte B de Medicare: Normas para los Beneficiarios con Ingresos más Altos” en www.socialsecurity.gov/pubs/10536.pdf. Consulte la página 131 para ver las primas de la Parte B y para averiguar si su prima de la Parte B aumentará por causa de sus ingresos.

Multa por inscripción tardía en la Parte B

Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez, quizá tenga que pagar una multa por inscripción tardía por todo el tiempo que tenga Medicare. La prima mensual de la Parte B podría aumentar hasta un 10% por cada período de 12 meses en los que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Por lo general, usted no paga esta multa si cumple ciertos requisitos que le permitan inscribirse en la Parte B durante un período especial de inscripción. Vea las páginas 21–22.

Si tiene ingresos y recursos limitados, consulte la página 90 para obtener información sobre la ayuda para pagar las primas.

¿Cuáles son los servicios que cubre Medicare?

Medicare cubre ciertos servicios médicos y suministros en hospitales, consultorios médicos y otros centros de salud. Los mismos están cubiertos por la Parte A o por la Parte B de Medicare. Si tiene las Partes A y B podrá obtener todos los servicios cubiertos por Medicare que se mencionan en esta sección, independientemente de que tenga el Medicare Original o un [plan de salud de Medicare](#).

- Para obtener la lista de servicios cubiertos por la Parte A, vea las páginas 27–28.
- Para obtener la lista de servicios cubiertos por la Parte B, vea las páginas 30–44.



Los servicios cubiertos por la Parte A (seguro de hospital)

La Parte A de Medicare cubre:

- Su internación en hospitales
- Internación en centros de enfermería especializada (no paga por el cuidado de custodia ni por el cuidado a largo plazo)
- Cuidado de hospicio
- Cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)
- Internación en una Institución Religiosa No Médica para Servicios de la Salud

Para información sobre los servicios cubiertos por la Parte A ve las páginas 27–28.

Usted puede averiguar si tiene la Parte A fijándose en su tarjeta de Medicare. Si tiene el Medicare Original, usted utilizará esta tarjeta para obtener todos los servicios cubiertos por Medicare. Si se inscribe en un [plan de salud Medicare](#) tendrá que usar la tarjeta del plan para obtener los servicios cubiertos por Medicare.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte A

Por cada servicio que aparece en la tabla de las dos páginas siguientes, le pueden cobrar un [copago](#), [coseguro](#) y [deducible](#). Si desea información sobre costos específicos y otra información sobre estos servicios, vea la página 132.

Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o si tiene otro seguro (como una póliza Medigap, o un plan grupal de un empleador o sindicato), los costos podrían variar. Hable con el plan en el que está interesado y pregúntele sobre los costos, o visite www.medicare.gov/find-a-plan.





Los servicios cubiertos por la Parte A

<p>Sangre</p>	<p>En la mayoría de los casos, el hospital obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, en cuyo caso usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Si el hospital debe comprar la sangre que le darán, deberá pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente (usted u otra persona).</p>
<p>Servicios de la salud en el hogar (atención domiciliaria)</p>	<p>Cuidado limitado necesario por razones médicas, intermitente o a tiempo parcial de enfermería especializada, terapia física, terapia ocupacional continua, o terapia del lenguaje/habla ordenados por su médico brindados por una agencia para el cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare. El médico tiene que verlo antes de que pueda certificar y solicitar que necesita cuidado de salud en el hogar. El cuidado de la salud en el hogar también incluye los servicios médicos sociales, servicios de ayuda en el hogar parcial o intermitente, y suministros médicos para el hogar. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su casa requiere mucho esfuerzo. Para información sobre el equipo médico duradero, consulte las páginas 34–35.</p>
<p>Cuidado de hospicio</p>	<p>Para las personas con una enfermedad terminal que se espera que vivan 6 meses o menos (de acuerdo a lo certificado por el médico). La cobertura incluye, medicinas para el dolor o para controlar los síntomas, servicios médicos, de enfermería, sociales, cierto equipo médico duradero y otros servicios cubiertos; así como los servicios que Medicare generalmente no cubre, como consejería espiritual si tiene alguna pena. Por lo general, el cuidado de hospicio se brinda en su hogar o en una dependencia (como un asilo para ancianos) si ese es su hogar.</p> <p>El cuidado de hospicio no incluye alojamiento y comida a menos que el equipo médico determine que usted necesita una estadía corta en un hospital para aliviar el dolor y los síntomas que no puedan tratarse en el hogar. La estadía debe ser en un centro aprobado por Medicare como un hospicio, centro de enfermería especializada u hospital que tenga un contrato con el hospicio. Medicare cubre el cuidado de relevo para paciente interno (cuidado que se le brinda a un paciente de hospicio por otro cuidador, para que descanse el cuidador de costumbre). Usted puede quedarse en un centro aprobado por Medicare hasta 5 días cada vez que recibe cuidado de relevo. Medicare podría pagar por servicios de salud que no estén relacionados con su enfermedad terminal. Usted puede seguir recibiendo cuidado de hospicio mientras que el director médico o el médico del hospicio sigan certificando que usted padece una enfermedad terminal.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte A

<p>Estadía en el hospital (Internación)</p>	<p>Habitación semi-privada, comidas, enfermería general, medicamentos mientras esté internado y otros servicios y suministros de hospital. Esto incluye internación en un hospital de cuidados agudos, hospitales de acceso crítico, dependencias de rehabilitación para pacientes internos, hospitales de atención a largo plazo, internación como parte de un estudio de investigación y servicios de salud mental. No incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación (si se cobran por separado), ni artículos para higiene personal (medias antideslizantes, afeitadoras, etc.). Tampoco incluye una habitación privada, a menos que sea necesario por razones médicas. Los servicios del médico recibidos durante su internación son pagados por la Parte B.</p> <p> Nota: Pasar una noche en el hospital no significa que a usted se lo considera como paciente internado. Se considera como internación cuando usted es admitido al hospital formalmente y con una orden del médico. Ser paciente interno o ambulatorio afectará en los gastos directos de su bolsillo. Pregunte siempre si se le considera como paciente interno o ambulatorio. Si desea más información, consulte “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare—Pregunte” en http://go.usa.gov/cOC. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que le manden una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>
<p>Institución religiosa no médica para servicios de la salud (Internación)</p>	<p>Medicare solamente pagará los artículos y servicios que no son ni médicos ni religiosos (como alojamiento y comidas) en este tipo de centro que atiende a las personas que necesitarían recibir los servicios en un hospital o centro de enfermería especializada, pero que por creencias religiosas no aceptan la atención médica. Los suministros y servicios que no son médicos, como los vendajes o el uso de un andador durante la estadía, no requieren una orden del médico o receta. Medicare no cubre los servicios religiosos brindados durante su atención.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializado</p>	<p>Habitación semi-privada, comidas, enfermería especializada y rehabilitación, y otros servicios y suministros médicos después de una estadía mínima de 3 días en el hospital por una enfermedad o lesión relacionada. La estadía en el hospital comienza el día en que es admitido formalmente con la orden de un médico y no incluye el día en que le dan de alta. Para obtener atención en este centro, su médico debe indicar que necesita servicios diarios de enfermería especializada como la aplicación de inyecciones endovenosas o terapia física. Medicare no cubre el cuidado a largo plazo o el cuidado de custodia.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte B (seguro médico)

La Parte B ayuda a pagar los servicios del médico, el cuidado para paciente ambulatorio, el cuidado de la salud en el hogar, el equipo médico duradero y otros servicios **necesarios por razones médicas**. La Parte B también cubre algunos **servicios preventivos**. Para averiguar si tiene la Parte B, fíjese en su tarjeta de Medicare.

Las páginas 30–44 contienen una lista de los servicios más comunes cubiertos por la Parte B. Medicare puede que cubra algunos servicios y exámenes más frecuentes que los plazos establecidos si es necesario para diagnosticar una condición. Visite www.medicare.gov/coverage, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.



Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos de la lista.

Use la lista de control de los servicios preventivos que está en la página 45 para hablar con su médico o proveedor de la salud sobre estos servicios y cuáles necesita.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por la Parte B

El precio de los servicios de la Parte B depende de si usted tiene el Medicare Original o si está inscrito en **un plan de salud de Medicare**. Los cuadros de las páginas siguientes le brindan información general sobre lo que tiene que pagar en el Medicare Original. Algunos servicios son gratuitos pero usted tendrá que pagar un coseguro por la consulta médica. Medicare también podría pagar por ciertos servicios y exámenes con mayor frecuencia de la que se indica en el cuadro si fuesen necesarios para diagnosticar un problema de salud.

En el Medicare Original, si se aplica el deducible de la Parte B, usted tendrá que pagar todos los costos hasta que haya cubierto la cantidad del deducible anual. Después, Medicare comenzará a pagar la porción que le corresponde y usted pagará generalmente el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para dicho servicio. No hay un límite anual por lo que paga de su bolsillo. **Para averiguar los montos del deducible y coseguro de la Parte B, consulte la página 133.**

NUEVO—Usted no tendrá que pagar por la mayoría de los servicios preventivos si los recibe de un médico o proveedor que acepta la asignación. Vea la página 54.

Para algunos servicios preventivos, no tendrá que pagar por el servicio, pero puede que tenga que pagar un **coseguro** por la visita médica cuando obtenga el servicio.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Examen de aneurisma aórtico abdominal	<p>Una prueba de ultrasonido realizada una sola vez a las personas a riesgo. Medicare sólo paga por este examen si su médico le da un referido como resultado del examen físico “Bienvenido a Medicare” ofrecido una sola vez. Vea la página 39. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la asignación.</p>
Servicio de ambulancia	<p>Transporte terrestre cuando es necesario por razones médicas para llevarlo a un hospital o centro de enfermería especializada, si el transporte en otro vehículo pudiera poner su vida en peligro. Medicare pagará por el transporte en un avión o helicóptero si requiere un servicio inmediato que la ambulancia normal no puede proporcionarle.</p> <p>En algunos casos, Medicare puede pagar por servicios limitados de transporte en una ambulancia que no sean de emergencia, si su médico lo ordena por motivos de salud. Medicare sólo pagará por el transporte hacia el centro médico más cercano que pueda brindarle el tratamiento que usted necesita. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.</p>
Centro de cirugía ambulatoria	<p>Las tarifas del centro para los servicios aprobados en un Centro de Cirugía Ambulatoria (donde se realizan procedimientos quirúrgicos y el paciente es dado de alta en 24 horas). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare (excepto por ciertos servicios preventivos que son gratuitos) por el servicio del médico que lo trata y el centro de cirugía ambulatoria. Se aplica el deducible de la Parte B. También paga la tarifa del centro para todos los procedimientos en un centro de cirugía ambulatoria que Medicare no autorice.</p>
Sangre	<p>En la mayoría de los casos, el hospital o proveedor obtiene la sangre del banco de sangre sin costo, y usted no tendrá que pagarla ni reponerla. Sin embargo, usted hará un copago por los servicios para procesar la sangre por cada pinta de sangre que reciba. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Si el proveedor tiene que comprar la sangre, usted debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en el año o donar el equivalente.</p> <p>Usted paga un copago por cada unidad de sangre adicional (después de las 3 primeras pintas) y el deducible de la Parte B.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte B



Medición de masa ósea (densitometría ósea)

Para prevenir el riesgo de rotura de huesos. Este servicio está cubierto una vez cada 24 meses (o con mayor frecuencia si fuese **necesario por razones médicas**) para los beneficiarios que cumplen con ciertos requisitos médicos o padecen de ciertas condiciones médicas. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la asignación.

Rehabilitación cardíaca

Medicare cubre programas integrales que incluyen ejercicios, educación y asesoría para pacientes que reúnen ciertos requisitos. Medicare también cubre los programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son más rigurosos e intensos. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** si recibe estos servicios en el consultorio del médico. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el copago que cobra el hospital.



Evaluación cardiovascular

Un análisis de sangre para detectar un problema que podría derivar en un derrame cerebral o un ataque al corazón. Medicare paga por las pruebas de colesterol, lípidos y triglicéridos cada cinco años. Usted no paga por estos exámenes pero tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica.

Servicios quiroprácticos (limitados)

Para corregir una luxación (cuando uno o más huesos se salen de su posición) usando la manipulación de la columna vertebral. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el **deducible** de la Parte B. **Nota:** Usted paga por todos los otros servicios o exámenes ordenados por el quiropráctico.

Servicios de laboratorio

Incluidos ciertos análisis de sangre, urianálisis, algunas evaluaciones y más. Usted no paga por estos exámenes pero tendrá que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica.

Ensayos clínicos

Los estudios de investigación prueban tipos distintos de tratamiento, para comprobar cómo funcionan y si son seguros. Medicare cubre algunos costos como la visita médica y los exámenes para ver si califica. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. **Nota:** Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, consulte la página 62 para obtener más información.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Examen para la detección del cáncer colorrectal

Estas pruebas pueden detectar crecimientos precancerígenos y prevenir el cáncer colorrectal a tiempo cuando el tratamiento es más eficaz. Uno o más de los exámenes siguientes pueden estar cubiertos. Hable con su médico.

- Sangre oculta en la materia fecal—Si tiene 50 años o más, una vez cada 12 meses. El examen es gratuito, aunque generalmente tendrá que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para la visita médica.
- Sigmoidoscopia flexible—Si tiene 50 años o más, una vez cada cuatro años (48 meses) o para aquellos de alto riesgo, 120 meses después de la colonoscopia anterior. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la asignación.
- Colonoscopia—Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, cada dos años), o 48 meses después de la sigmoidoscopia flexible previa. No hay edad mínima. Usted no tendrá que pagar por esta evaluación si su médico acepta la asignación.
- Enema de bario—Una vez cada 48 meses si tiene 50 años o más (si es una persona de alto riesgo, cada 24 meses) cuando se usa en lugar de una sigmoidoscopia o de una colonoscopia. Usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare. Como paciente ambulatorio del hospital tendrá que pagar el **copago** que cobra el hospital.

Defibrilador (automático implantable)

Para algunos beneficiarios diagnosticados con insuficiencia cardiaca. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica. También hace un copago que no exceda la cantidad del **deducible** de la Parte A que pagaría por una estadía en el hospital (vea la página 132), si obtiene el aparato como paciente ambulatorio del hospital. También se aplica el deducible de la Parte B.



Los servicios cubiertos por la Parte B



Evaluación de diabetes

Medicare paga por esta prueba si usted tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), dislipidemia (historial de colesterol y niveles de triglicéridos anormal), obesidad, o historial de nivel de azúcar en la sangre alto. Medicare también paga por estas pruebas si cumple con otros requisitos, como si está excedido de peso o tiene un historial familiar de diabetes.

Según los resultados de estas pruebas, usted podría ser elegible para que le hagan hasta dos pruebas de diabetes al año. Usted no paga por el examen pero generalmente tendrá que pagar el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** para la visita médica.



Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes

Para los pacientes diabéticos. Tiene que tener una orden escrita de su médico o proveedor de la salud. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el **deducible** de la Parte B.

Suministros para diabéticos

Incluidos los monitores de glucosa, tiras para las pruebas de glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, solución para el control de glucosa y en algunos casos, zapatos terapéuticos. La insulina sólo está cubierta si se usa con una bomba de insulina. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.

Nota: La insulina y ciertos suministros médicos necesarios para inyectarse la insulina, como las jeringas, podrían estar cubiertos por el plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D).

Servicios médicos

Servicios **necesarios por razones médicas** (que incluyen los servicios ambulatorios y algunos servicios médicos que recibe mientras está internado en el hospital) o los servicios preventivos cubiertos. A excepción de los servicios preventivos, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Equipo médico duradero (como andadores)

Artículos como el equipo de oxígeno, sillas de ruedas, andadores y camas de hospital ordenados por un médico u otro proveedor de salud inscrito en Medicare para usar en el hogar. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y tiene que haber pagado el **deducible** de la Parte B. **En todo el país, para que Medicare pague, usted debe obtener el equipo y suministros cubiertos, así como las partes y reparaciones de un proveedor aprobado por Medicare.**

Si desea más información, visite <http://go.usa.gov/cO1> para consultar la publicación “La cobertura de Medicare del equipo médico duradero y otros suministros”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y preguntar si pueden enviarle una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Nuevo—Medicare está haciendo la transición a un programa nuevo conocido como “Oferta Competitiva” para ayudarle a usted y a Medicare a ahorrar dinero; garantizarle el acceso a equipo, suministros y servicios de calidad y limitar el fraude y abuso. **En algunas zonas del país si usted necesita ciertos artículos debe obtenerlos de proveedores específicos, o Medicare no pagará por ellos y tendrá que pagarlos usted. Es importante que sepa si le afectará este programa para asegurarse de que Medicare pague y para evitar cualquier interrupción en el servicio.**

El programa es válido en los estados siguientes: CA, FL, IN, KS, KY, MO, NC, OH, PA, SC, TX

En ciertas zonas de los estados mencionados arriba, usted tendrá que usar proveedores específicos para que Medicare pague por:

- Equipo y suministros de oxígeno
- Silla de ruedas estándar, escúters y accesorios
- Ciertas sillas de ruedas motorizadas para rehabilitación y accesorios
- Suministros para diabéticos por correo
- Nutrientes enterales, equipo y suministros
- Camas de hospital y accesorios
- Dispositivos para Presión Positiva Continua de las Vías Aéreas (CPAP) y Dispositivos de Asistencia Respiratoria (RAD), suministros y accesorios
- Andadores y accesorios
- Superficies de apoyo como colchones y colchonetas (solamente en Miami, Fort Lauderdale y Pompano Beach)



Los servicios cubiertos por la Parte B

<p>Equipo médico duradero (como andadores) (continuación)</p>	<p>Si usted actualmente alquila o necesita equipo médico duradero o suministros y tiene preguntas sobre la cobertura de los mismo o sobre los proveedores, puede obtener dicha información:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitando www.medicare.gov/supplier. Allí encontrará una lista de los proveedores. El proveedor específico que debe usar para este programa nuevo aparece señalado con un icono al lado del nombre. ▪ Llamando 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. <p>Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para asesoría personalizada que le permitirá comprender estos cambios. Para obtener el número de teléfono consulte las páginas 123–126.</p>
<p>EKG de evaluación</p>	<p>Medicare cubre un EKG de evaluación una sola vez si usted es referido por su médico como resultado del examen “Bienvenido a Medicare”. Vea la página 39. Usted le paga al médico el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. También cubre un EKG como examen de diagnóstico. Vea la página 42. Si le hacen el EKG en un hospital o en una clínica del hospital, también tendrá que pagar el copago del hospital.</p>
<p>Servicios de la sala de emergencia</p>	<p>Cuando tiene una herida grave, una enfermedad repentina o una condición que va empeorando rápidamente. Usted paga un copago específico por la visita a la sala de emergencia y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. También debe pagar el deducible de la Parte B.</p>
<p>Anteojos (cobertura limitada)</p>	<p>Un par de anteojos con marcos estándar (o un par de lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
<p>Servicios médicos de un centro calificado federalmente</p>	<p>Incluye muchos servicios médicos primarios ambulatorios y preventivos que recibe a través de ciertas clínicas en su comunidad. Generalmente, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte B



Vacuna contra la gripe/influenza	Generalmente cubierta una vez cada otoño o invierno. Usted no tiene que pagar si el médico o el proveedor que se la aplica acepta la asignación. Usted no paga si el médico acepta la asignación.
Examen de los pies y tratamiento	Si tiene daño neurológico relacionado con su diabetes y/o cumple ciertos requisitos. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare , y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. Usted paga un copago por servicios ambulatorios que recibe en el hospital.
	Examen de glaucoma Medicare paga por estos exámenes cada 12 meses para aquellos beneficiarios de alto riesgo padecer esta enfermedad del ojo. Usted es considerado de alto riesgo si padece de diabetes, tiene un historial familiar de glaucoma, es afroamericano y tiene 50 años o más, o hispano de 65 años o más. El examen debe realizarlo un oftalmólogo autorizado legalmente para trabajar en su estado. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B por la visita médica. Tendrá que pagar un copago por servicios ambulatorios del hospital.
Exámenes del oído y del equilibrio	Si su médico lo ordena para averiguar si se necesitará un tratamiento. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. Usted paga un copago por servicios ambulatorios que reciba en el hospital Nota: Los aparatos de asistencia auditiva o los exámenes para colocarlos no están cubiertos por Medicare.
	Vacuna contra la hepatitis B Este servicio está cubierto para los beneficiarios de Medicare de alto o mediano riesgo de contraer la Hepatitis B. Su riesgo aumenta si tiene hemofilia, una Enfermedad Renal Terminal (ESRD) o un problema médico que aumenta su riesgo de infección. Hay otros factores que pueden aumentar el riesgo de contraer Hepatitis B. Pregunte a su médico si usted es una persona de mediano o alto riesgo. Usted no paga si su médico acepta la asignación.
	Examen del VIH Medicare cubre la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) para las personas con Medicare que están embarazadas y las personas con alto riesgo de infección, incluyendo cualquiera que pregunte por la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta 3 veces durante un embarazo. No hay ningún costo para la prueba, pero generalmente hay que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica.



Los servicios cubiertos por la Parte B

Servicios para el cuidado de la salud en el hogar (atención domiciliaria)	<p>Servicios limitados necesarios por razones médicas a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada, terapia del lenguaje/habla, terapia física, o si necesita continuar con la terapia ocupacional. Deben ser ordenados por su médico y proporcionados por una agencia de cuidado de la salud en el hogar certificada por Medicare. El médico tiene que verlo antes de que pueda certificar y solicitar que necesita cuidado de salud en el hogar. También pueden incluir servicios sociales, servicios de auxiliares para el hogar a tiempo parcial o intermitente, equipo médico duradero y suministros médicos para usar en el hogar. Debe estar recluido en su hogar, lo que significa que salir de su casa implica un gran esfuerzo. Usted no paga por los servicios para el cuidado de la salud en el hogar. Para información sobre el equipo médico duradero cubierto por Medicare, consulte las páginas 34–35.</p>
Servicios y suministros para diálisis renal	<p>Para todos los que padecen de Enfermedad Renal Terminal (ESRD). Los servicios y suministros están cubiertos en un centro o en el hogar si son ordenados por su médico. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para cada sesión y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
Servicios educativos sobre la insuficiencia renal	<p>Medicare cubre hasta seis sesiones educativas si usted se encuentra en la Etapa IV de su enfermedad renal y su médico lo refiere. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.</p>
 Mamografía	<p>Un tipo de radiografía que detecta el cáncer de mamas/seno. Medicare paga por la mamografía cada 12 meses para todas las beneficiarias de 40 años o más. Medicare cubre una mamografía base para las mujeres entre 35 y 39 años. Usted no paga por la mamografía si su médico acepta la asignación.</p>
 Terapia de nutrición	<p>Medicare cubre los servicios médicos de nutrición y otros servicios relacionados, si usted tiene diabetes o insuficiencia renal o le han hecho un trasplante de riñón en los 36 últimos meses y su médico lo refiere para que reciba dichos servicios. Usted no paga por estos servicios si su médico acepta la asignación.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte B

<p>Servicios para la salud mental (ambulatorio)</p>	<p>Para obtener ayuda para los problemas psicológicos como la depresión, ansiedad. Incluye los servicios generales que se brindan fuera del hospital o en el departamento ambulatorio del hospital, como las consultas con el psiquiatra, psicólogo clínico o asistente social, enfermera especializada, servicios para el abuso de sustancias y exámenes. Se aplican ciertas limitaciones y condiciones.</p> <p>Lo que usted paga dependerá de si se le hace un diagnóstico y se controla la condición o si se le hace un tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para las visitas al psiquiatra u otro médico para el diagnóstico del problema. ▪ Por el tratamiento ambulatorio (por ejemplo terapia o consejería) usted paga en el 2011 el 45% de la cantidad aprobada por Medicare. Este copago continuará disminuyendo durante los próximos 3 años. <p>También tiene que pagar el deducible de la Parte B tanto para la visita de diagnóstico como para el tratamiento.</p> <p>Nota: la internación para servicios de psiquiatría está cubierta por la Parte A (estadía en el hospital). Vea la página 132.</p> <p> Hable con su médico si se siente triste, falta de interés en las cosas que antes disfrutaba o tiene pensamientos suicidas.</p>
<p>Servicios que no son médicos</p>	<p>Medicare cubre los servicios brindados por personal no médico, como asistentes médicos y enfermeras licenciadas, asistentes sociales, terapeutas físicos y psicólogos. Excepto por ciertos servicios preventivos, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
<p>Terapia ocupacional</p>	<p>Servicio de evaluación y tratamiento para ayudarle a regresar a sus actividades de rutina (como bañarse o vestirse) después de una enfermedad o accidente siempre que sea ordenado por su médico. Se pondrán limitaciones para los servicios y también se aceptarán excepciones para dichas limitaciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte B

<p>Servicios médicos y quirúrgicos ambulatorios y suministros</p>	<p>Para procedimientos aprobados (como radiografías, suturas, yesos y puntadas). Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios médicos. Usted paga un copago por cada servicio ambulatorio que recibe en el hospital, pero dicha cantidad no puede exceder la cantidad del deducible que paga por la Parte A para los servicios de internación. Consulte la página 132. Usted paga el deducible de la Parte B y el monto total por los servicios que Medicare no cubre.</p>
<p> Exámenes Papanicolaou y pélvico (incluye el examen clínico de los senos)</p>	<p>Para la detección del cáncer cervical, vaginal y de mama. Medicare paga por estos exámenes cada 24 meses para las beneficiarias de bajo riesgo y cada 12 meses para las mujeres de alto riesgo y aquellas en edad de concebir a quienes les hicieron un examen, en los 3 últimos años, y el resultado indicó que tenían cáncer o alguna otra anormalidad. Sin costo para la prueba Papanicolaou. Usted no tiene que pagar por la recolección de la muestra y por los exámenes pélvicos y de los senos si su médico acepta la asignación.</p>
<p> Exámenes físicos</p> <p>Nota: Su primer examen de bienestar no puede ocurrir dentro de un año de su examen físico “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Medicare cubre dos tipos de examen físico – uno cuando recién se inscribe en Medicare y uno cada año siguiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Bienvenido a Medicare”—Un examen físico por única vez que también incluye educación y asesoría sobre los servicios preventivos y referidos para cualquier otra tipo de atención que necesite. Medicare paga por este examen si usted se lo hace durante los 12 meses siguientes a su inscripción en la Parte B. Usted no paga por este examen si su médico acepta la asignación. Cuando haga la cita avísele al personal de la oficina del médico que desea hacer una cita para el examen “Bienvenido a Medicare”. Tenga en cuenta, no es necesario obtener el examen físico “Bienvenido a Medicare” antes de recibir su examen anual de bienestar. ▪ Examen Anual de Bienestar—Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, usted puede hacerse un examen anual para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus riesgos y en su estado de salud actual. Usted no tiene que pagar por este examen si su médico acepta la asignación. Este examen está cubierto cada 12 meses. Su primer examen de bienestar no puede tener lugar dentro de un año de su examen físico “Bienvenido a Medicare”.



Los servicios cubiertos por la Parte B



<p>Terapia física</p>	<p>Evaluación y tratamiento de lesiones y enfermedades que hayan afectado su capacidad para funcionar normalmente, cuando su médico la haya ordenado. Hay ciertas limitaciones para los servicios de terapia física y también se aceptarán excepciones para dichas limitaciones. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
<p>Vacuna neumocócica (contra la pulmonía)</p>	<p>Esta vacuna previene la infección por neumococos (como cierto tipo de pulmonía). Casi todas las personas sólo la necesitan una vez en la vida. Hable con su médico. Usted no paga si el médico que se la aplica acepta la asignación.</p>
<p>Medicamentos recetados (limitados)</p>	<p>Un número limitado de medicamentos como las inyecciones que le aplican en el consultorio médico, ciertos medicamentos orales para el cáncer y los que se usan con cierto equipo médico duradero (como nebulizadores o bombas de infusión); y en muy pocas circunstancias, ciertos medicamentos que recibe como paciente ambulatorio del hospital. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.</p> <p>Si el medicamento que recibe en el ambiente ambulatorio del hospital es parte del servicio, tendrá que pagar un copago por el servicio. Sin embargo, si le dan otros medicamentos en el ambiente ambulatorio (conocidos como “medicamentos de auto-administración” o medicamentos que puede tomar por usted mismo), lo que paga dependerá de si tiene la Parte D u otra cobertura de medicamentos, si su plan cubre el medicamento y si el hospital pertenece a la red del plan. Comuníquese con su plan de medicamentos recetados para averiguar lo que le corresponde pagar por los medicamentos que recibe en el ambiente ambulatorio del hospital y que no están cubiertos por la Parte B. Si desea más información vea la página 81.</p> <p>Para cualquier otro ejemplo que no sean los mencionados anteriormente, usted paga el 100% de la mayoría de los medicamentos, a menos que tenga la Parte D u otra cobertura de medicamentos.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte B

<p>Examen para la detección del cáncer de la próstata</p>	<p>Esta prueba ayuda a detectar el cáncer de próstata. Medicare paga por una evaluación dígito rectal y del Antígeno Específico de la Próstata (PSA por su sigla en inglés) cada 12 meses para todos los beneficiarios de Medicare de más de 50 años. El PSA es gratis pero usted tiene que pagar el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la visita médica y el deducible de la Parte B. Tendrá que pagar un copago por servicios ambulatorios del hospital.</p>
<p>Aparatos protésicos y ortóticos</p>	<p>Incluidos aparatos ortopédicos para brazos, piernas, espalda y cuello; ojos artificiales; miembros artificiales (y sus repuestos); prótesis de seno (después de una mastectomía); prótesis para reemplazar partes internas del cuerpo o sus funciones (incluidos los suministros de ostomía, y nutrición enteral y parenteral). Para que Medicare pague por ellos, usted debe usar un proveedor inscrito en Medicare. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.</p>
<p>Rehabilitación pulmonar</p>	<p>Medicare cubre un programa integral de rehabilitación pulmonar si usted tiene una enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada a grave y el médico que lo trata le da un referido. Usted le paga al médico el 20% de la cantidad aprobada por Medicare si recibe el servicio en el consultorio del médico. También debe pagarle al hospital un copago por cada sesión si recibe el servicio como paciente ambulatorio del hospital.</p>
<p>Servicios médicos rurales</p>	<p>Incluyen muchos servicios médicos primarios ambulatorios. Usted paga el 20% de la cantidad que le cobran y el deducible de la Parte B.</p>
<p>Segunda opinión sobre una cirugía</p>	<p>Está cubierta en algunos casos (y a veces se cubre hasta una tercera opinión) para una cirugía que no sea de emergencia. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte B

<p>Servicios para dejar de fumar</p> <p>Nuevo</p> 	<p>Incluye hasta 8 sesiones personales de consejería en un período de 12 meses, si le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el cigarrillo o si toma un medicamento cuyo efecto podría verse alterado por el tabaco. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B. Tendrá que pagar un copago por los servicios que recibe en el hospital como paciente ambulatorio.</p> <p>La consejería para dejar de fumar es considerada por Medicare como un servicio preventivo si no le han diagnosticado una enfermedad causada o complicada por el consumo del tabaco. Usted no paga por las sesiones para dejar de fumar.</p>
<p>Servicios de patología del lenguaje/habla</p>	<p>Evaluación y tratamiento brindado para recuperar y fortalecer las destrezas del habla y del lenguaje incluidas las destrezas cognitivas y la habilidad para tragar, cuando sean ordenados por su médico. Hay ciertos límites para estos servicios y también habrá excepciones a los límites. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y tiene que haber pagado el deducible de la Parte B.</p>
<p>Vendajes quirúrgicos</p>	<p>Para el tratamiento de una herida quirúrgica o de una lesión tratada con cirugía. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para los servicios del médico. También pagará un copago fijo si recibe estos servicios como paciente ambulatorio del hospital. Usted no tiene que pagar por los suministros, pero debe pagar el deducible de la Parte B.</p>
<p>Telemedicina</p>	<p>Servicios médicos u otros para la salud limitados, como consultas médicas que se hacen a través de un sistema de comunicaciones interactivo (como un audio en tiempo real y video), ofrecido por un proveedor de la salud en un lugar distante al sitio en que se encuentra el paciente. Está disponible en algunas zonas rurales, si cumplen con ciertos requisitos y se brindan en un consultorio médico, en una clínica médica rural, un centro de salud aprobado federalmente, un centro de diálisis en un hospital, un centro de enfermería especializada o una clínica comunitaria de salud mental. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.</p>
<p>Exámenes (que no sean los análisis de laboratorio)</p>	<p>Incluyen los rayos-X, Imagen de Resonancia Magnética (MRI), Tomografía Computarizada (CT scans), Electrocardiograma (EKG) y otros exámenes de diagnóstico. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Si le hacen estos exámenes como paciente ambulatorio en un hospital, usted paga una cantidad fija que puede ser más del 20% de la cantidad aprobada por Medicare, pero no más que la cantidad del deducible de la Parte A para los servicios de internación. Consulte la página 132. Vea los “Servicios de laboratorio” en la página 31 para averiguar acerca de los otros análisis cubiertos por la Parte B.</p>



Los servicios cubiertos por la Parte B

Trasplantes y medicamentos inmunosupresores

Incluidos los servicios médicos para trasplantes del corazón, pulmón, riñón, páncreas, hígado e intestino, en ciertas circunstancias y sólo en un centro certificado por Medicare. Los trasplantes de córnea y médula ósea sólo están cubiertos por Medicare si se cumplen ciertas condiciones.

Los medicamentos inmunosupresores están cubiertos si el trasplante fue pagado por Medicare o por un plan grupal de empleador que debía pagar antes que Medicare. Usted debía ser elegible para la Parte A cuando se hizo el trasplante y debe ser elegible para la Parte B cuando recibe los medicamentos inmunosupresores. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** y el **deducible** de la Parte B.

Si está pensando en inscribirse en un Plan Medicare Advantage y está en lista de espera para recibir un trasplante o cree que necesita un trasplante, hable con el plan antes de inscribirse para asegurarse de que sus médicos y el hospital estén en la red del plan. Además debe averiguar sobre la autorización previa en las normas de cobertura del plan.

Nota: Los planes de recetas médicas de Medicare (Parte D) pueden cubrir los medicamentos inmunosupresores, inclusive si el trasplante no fue pagado por Medicare o un plan de salud grupal de empleador o sindicato.



Los servicios cubiertos por la Parte B

<p>Viajes (servicios médicos cuando viaja fuera de los Estados Unidos)</p>	<p>Por lo general Medicare no cubre los servicios médicos cuando usted está de viaje fuera de los Estados Unidos (los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana). Hay algunas excepciones. En algunos casos Medicare paga por los servicios que usted recibió mientras se encontraba a bordo de un barco, en aguas territoriales cercanas al territorio de los Estados Unidos. En muy pocos casos Medicare paga por la internación en el hospital, el médico o la ambulancia en el extranjero, estas circunstancias son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si la emergencia ocurrió dentro de los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición. 2. Si está viajando por Canadá sin retraso y por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando ocurre la emergencia médica, y el hospital canadiense está más cerca que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición. 3. Si usted vive en los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca de su domicilio que el hospital estadounidense más próximo que puede tratar su condición, independientemente de que sea o no una emergencia. <p>Medicare puede cubrir el transporte en ambulancia si fuese necesario por razones médicas a un hospital extranjero solamente si lo admiten al hospital para que reciba la atención médica.</p> <p>Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B.</p>
<p>Atención urgente</p>	<p>Para tratar una enfermedad repentina o una herida que no sea una emergencia médica. Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare y el deducible de la Parte B. Si recibe la atención como paciente ambulatorio del hospital, tendrá que pagar el copago.</p>



Lista de control de los servicios preventivos

Lleve esta lista a su visita médica y pregúntele a su médico o proveedor cuáles son los **servicios preventivos** que le convienen. También puede monitorear sus servicios preventivos en www.MiMedicare.gov. Vea la página 118.

Servicios Preventivos cubiertos por Medicare	Detalles en la página	Notas
Evaluación para la detección de Aneurisma Abdominal Aórtico	30	
Medición de masa ósea/densitometría	31	
Evaluación cardiovascular	31	
Evaluación para cáncer colorrectal	32	
Prueba de sangre oculta en la materia fecal	32	
Sigmoidoscopia flexible	32	
Colonoscopia	32	
Enema de Bario	32	
Evaluación para la detección de diabetes	33	
Entrenamiento para autocontrol de la diabetes	33	
Vacuna contra la gripe	36	
Prueba de glaucoma	36	
Vacuna contra la Hepatitis B	36	
Examen de VIH	36	
Mamografía	37	
Servicios de nutrición	37	
Examen Pélvico y prueba Papanicolaou (incluye el examen de los senos)	39	
Exámenes Físicos	39	
“Bienvenido a Medicare” examen físico por única vez	39	
Examen Anual de Bienestar	39	
Vacuna neumocócica	40	
Evaluación para la detección de cáncer de la próstata	41	
Consejería para dejar de fumar (para las personas sin signos de enfermedad)	42	

Para algunos servicios, tendrá que esperar cierta cantidad de tiempo antes de recibirlos nuevamente. Si desea más información consulte las páginas indicadas en el cuadro.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

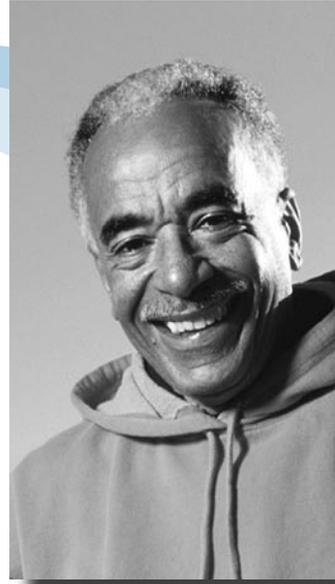
Lo que las Partes A y B NO cubren

Medicare no cubre todos los servicios. Si usted necesita un servicio que Medicare no cubre, tendrá que pagarlo de su bolsillo a menos que tenga otro seguro. Aun si Medicare paga por un servicio o suministro, usted generalmente tiene que pagar los **deducibles**, **coseguro** y **copagos**.

Algunos de los artículos y servicios que Medicare no cubre incluyen **pero no se limitan a**:

- El cuidado a largo plazo. Vea las páginas 110–112.
- El cuidado dental de rutina.
- Las dentaduras.
- La cirugía estética.
- Acupuntura.
- Audífonos.
- Los exámenes para colocarle los audífonos.

Para averiguar si Medicare paga por un servicio que usted necesita, visite www.medicare.gov/coverage o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información general. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.



Sus opciones en Medicare

La Sección 2 incluye la información siguiente:

Decida cómo recibir los beneficios de Medicare 48

Sus opciones de cobertura Medicare 49

Lo que debe tener en cuenta al escoger o cambiar su cobertura 50

El Medicare Original 51

Las pólizas Medigap 57

Los Planes Medicare Advantage (Parte C) 60

Otros **planes de salud Medicare** 70

La cobertura Medicare de los medicamentos recetados (Parte D) 72

Cómo trabajan los otros seguros con Medicare 84

Este manual contiene información general. Para escoger usted necesitará más información que la que le brinda este manual. Antes de tomar una decisión obtenga la mayor cantidad de datos sobre los distintos tipos de cobertura disponibles. Si desea ayuda con sus decisiones Medicare, consulte la página 48.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Decida cómo obtener los beneficios de Medicare

Usted puede escoger distintas maneras de obtener sus beneficios. Si escoge el Medicare Original y desea la cobertura de sus recetas médicas debe inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D). Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) usualmente incluye la cobertura de los medicamentos recetados. Si no escoge inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en otro [plan de salud de Medicare](#), quedará inscrito en el Medicare Original. Consulte la página siguiente si desea más información sobre sus opciones y sobre las decisiones que debe tomar.

Nota: Si padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD), por lo general recibirá sus beneficios a través del Medicare Original. Vea la página 64 si desea más información.

Cada otoño debe reevaluar sus necesidades de salud y de medicamentos porque su salud, sus finanzas y la cobertura del plan tal vez hayan cambiado. Si decide que hay otra cobertura que le conviene más, puede cambiar de plan en ciertos momentos. Vea las páginas 68 y 73. Si está satisfecho con la cobertura de su plan para el año próximo, no debe hacer ningún cambio.

¿Necesita ayuda para decidir?

1. Visite www.medicare.gov/find-a-plan para buscar y comparar los planes médicos en su zona.
2. Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés) para asesoría gratuita sobre la selección de un plan. Encontrará el teléfono en las páginas 123–126.
3. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Agente”. Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda en otro idioma que no sea en inglés o español, avísele al representante de servicio al cliente.

Vea las páginas 102–103 para obtener información sobre cómo el Medicare Original u otro plan de Medicare usa y divulga su información.

Sus opciones de cobertura Medicare

Hay dos opciones para recibir la cobertura de Medicare. Use estos pasos para decidir.

Paso 1

Decida si desea el Medicare Original o un Plan Medicare Advantage

Plan Medicare Original Parte A (seguro de hospital) y/o Parte B (seguro médico)

- Medicare brinda esta cobertura directamente.
- Usted escoge a sus médicos, hospitales y proveedores.
- Por lo general, usted o su otro seguro paga los **deducibles** y **coseguro**.
- Generalmente paga una **prima** mensual por la Parte B.

Vea las páginas 51–56.

Paso 2

Decida si quiere la cobertura de medicamentos recetados (Parte D)

- Si quiere esta cobertura, debe escoger e inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas y pagar la prima mensual.
- Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.
- Vea las páginas 72–83.

Paso 3

Decida si quiere cobertura adicional

- Tal vez le interese obtener un seguro privado que cubra los servicios que el Medicare Original no cubre. Usted puede comprar cobertura suplementaria privada, como una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)
- Los costos varían de acuerdo a la póliza y a la compañía.
- Los empleadores o sindicatos pueden ofrecer una cobertura similar.

Vea las páginas 57–59.

Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO)

Parte C—incluye AMBAS Partes, la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico)

- Compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare para brindar esta cobertura.
- Generalmente debe atenderse con médicos, hospitales y proveedores de la red del plan, o podría pagar más o tener que pagar todos los costos.
- Generalmente, usted paga una prima mensual. (además de la prima de la Parte B) y un **copago** por cada servicio cubierto.
- Los costos, beneficios adicionales y normas varían con cada plan.

Vea las páginas 60–69.

Paso 2

Decida si quiere la cobertura de medicamentos recetados (Parte D)

- Si desea esta cobertura, en la mayoría de los casos debe obtenerla del Plan Medicare Advantage.
- En algunos planes Medicare Advantage que no ofrecen dicha cobertura, usted podrá inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Vea las páginas 66–67.

Nota: Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, por lo general no necesita ni puede comprar una póliza Medigap. Si ya tiene una, puede quedársela pero Medigap no pagará por ninguno de los costos del plan. Si ya tiene un Plan Medicare Advantage no pueden venderle una póliza Medigap.

Vea las páginas 57–59.

Además del Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage usted podrá inscribirse en otros **planes de salud de Medicare**. Vea las páginas 70–71. Si tiene ingresos y recursos limitados podría tener otras opciones. Vea las páginas 86–92. También puede que usted tenga otra cobertura, como un seguro médico grupal de su empleador, sindicato, militar o beneficios para veteranos. Vea las páginas 82–83.

Lo que debe considerar al escoger o cambiar su cobertura

Cobertura	¿Están cubiertos los servicios que usted necesita?
Su otro seguro	¿Tiene o es elegible para otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos (como la de su empleador actual o pasado o sindicato)? Si la respuesta es “sí”, lea los documentos del plan o llámelos para averiguar cómo funciona esta cobertura con Medicare o si Medicare afecta a esa cobertura. Si tiene un seguro médico a través de su empleador actual o antiguo o sindicato o de otro seguro, hable con su administrador de beneficios, asegurador o con el plan antes de hacer cualquier cambio a su cobertura. Si cancela su cobertura, tal vez no pueda recuperarla.
Costo	¿Cuánto tiene que pagar por las primas , deducibles y otros costos? ¿Cuánto paga por los servicios como la estadía en el hospital y la consulta médica? ¿Hay un límite anual para los gastos directos de su bolsillo? Sus costos pueden variar si no cumple las normas de cobertura.
Su elección del Médico y del Hospital	¿Acepta su médico ese plan? ¿Está aceptando pacientes nuevos? ¿Tiene que usar un médico o un hospital de la red del plan? ¿Tiene que ser referido a un especialista?
Medicamentos Recetados	¿Tiene que inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados? ¿Tiene cobertura válida de medicamentos ? ¿Tendrá que pagar una multa si se inscribe más tarde? ¿Cuánto cuestan los medicamentos en cada plan? ¿Cubre el formulario (lista de medicinas) del plan los medicamentos que usted necesita?
Calidad del cuidado	¿Está satisfecho con la calidad de los servicios? La calidad de los servicios brindados por los planes y otros proveedores de la salud puede variar. Medicare tiene información para que compare los planes y los proveedores. Consulte la página 119.
Conveniencia	¿Dónde están ubicados los consultorios médicos? ¿Cuál es el horario de atención? ¿Cuáles son las farmacias que usted puede usar? ¿Puede pedir sus medicamentos por correo? ¿Usan los médicos los expedientes médicos electrónicos o las recetas electrónicas (E-recetas)? Vea la página 120.
Viaje	¿Lo cubre el plan en otro estado o fuera de los Estados Unidos?



El Medicare Original

El Medicare Original es una de sus opciones de planes del programa Medicare. Usted estará inscrito en el Medicare Original a menos que elija inscribirse en otro [plan de salud de Medicare](#).

¿Cómo funciona el Medicare Original?

El Medicare Original es un plan de pago por servicio administrado por el gobierno federal. Por lo general usted paga una parte del costo de cada servicio. A continuación le mencionamos las normas generales del plan:

	Medicare Original
¿Puedo atenderme con cualquier médico u hospital?	Sí. Usted puede usar a cualquier médico, hospital, proveedor o clínica que participe en Medicare y que acepte nuevos pacientes.
¿Cubre las recetas médicas?	Con unas pocas excepciones (vea las páginas 28 y 40), la mayoría de los medicamentos no están cubiertos. Usted puede agregar esta cobertura inscribiéndose en un plan Medicare de medicamentos recetados (Parte D).
¿Debo escoger un médico de cabecera?	No.
¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?	No, pero el proveedor debe estar inscrito en Medicare.
¿Necesito una póliza suplementaria?	Es posible que usted ya tenga un seguro de su empleador o sindicato que pague por lo que el Medicare Original no cubre. Si no es su caso, tal vez le convenga comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare). Vea las páginas 57–59.
¿Qué más debo saber acerca del Medicare Original?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted generalmente paga una cantidad fija por sus servicios de salud (deducible) antes de que Medicare pague su parte. Luego, Medicare paga la parte que le corresponde y usted paga la suya (el coseguro/copago) por los servicios y suministros cubiertos. No hay límite anual por lo que paga de su bolsillo. Para averiguar el costo vea las páginas 132–133. ▪ Generalmente paga la prima mensual de la Parte B. Vea la página 131. Para obtener información sobre los Programas de Ahorro de Medicare, vea la página 90. ▪ Por lo general, usted no envía sus reclamaciones a Medicare. Los proveedores (médicos, hospitales, SNF y agencia de cuidado de la salud en el hogar) y abastecedores tienen por ley que presentar las reclamaciones a Medicare por los servicios y suministros que usted recibe.

Lo que usted paga

Los gastos directos de su bolsillo en el Medicare Original dependerán de:

- Si tiene las Partes A y/o B de Medicare. La mayoría de los beneficiarios tiene las dos.
- Si su médico o proveedor acepta la “asignación”. Vea la página siguiente.
- Si usted y su médico firman un contrato privado. Vea la página 55.
- La frecuencia con la que recibe los servicios y el tipo de servicio que necesita.
- Si recibe servicios o suministros que Medicare no cubre, en cuyo caso deberá ser usted quien pague por esos servicios.
- Si tiene otro seguro que trabaja con Medicare (como de su empleador o sindicato).
- Si tiene Medicaid o recibe ayuda estatal para pagar por los costos de Medicare.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare).

Si desea información sobre quién paga primero cuando usted tiene otro seguro, consulte la página 84. Si desea información sobre la ayuda disponible para pagar por lo que el Medicare Original no cubre, consulte las páginas 57–59 y 90.

El Resumen de Medicare

Si recibe algún servicio cubierto por Medicare, recibirá por correo un Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés) cada 3 meses. EL MSN indica todos los servicios y suministros por los que le facturaron a Medicare durante cada período de 3 meses, lo que pagó Medicare y lo que usted debe pagarle al proveedor. **EL MSN no es una factura.** Cuando reciba un MSN:

- Si tiene otro seguro, debe fijarse si cubre algo de lo que Medicare no cubre.
- Guarde sus recibos y facturas y compárelas con el detalle del MSN para asegurarse de haber recibido los servicios, suministros y equipo mencionados en el MSN. Vea las páginas 105–107 para obtener información sobre el fraude a Medicare.
- Si pagó la factura antes de recibir el MSN, compárelo con la factura para asegurarse de haber pagado la cantidad correcta por los servicios que recibió.
- Si un artículo o servicio le fue denegado, llame a su médico para asegurarse de que hayan presentado la reclamación correctamente. Si estaba incorrecta, pídale que envíen la reclamación nuevamente. Si desea apelar una decisión, vea las páginas 95–96.

El Resumen de Medicare (continuación)

Si necesita hacer un cambio de domicilio para su MSN, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Si está jubilado de RRB, llame a RRB al 1-877-772-5772.

Usted no tiene que esperar por su MSN para ver sus reclamaciones. En el sitio www.MiMedicare.gov podrá hacer un seguimiento de sus reclamaciones o ver su MSN electrónico. Sus reclamaciones generalmente estarán disponibles 24 horas después de haber sido procesadas. Consulte la página 118.

Mantenga sus costos bajos con la “Asignación”

La asignación es un acuerdo entre los beneficiarios, sus médicos, proveedores y Medicare por el cual aceptan (o deben aceptar por ley) la [cantidad aprobada por Medicare](#) como pago total por los servicios brindados.

La mayoría de los proveedores y abastecedores aceptan la asignación, sin embargo, usted debe asegurarse de que lo hagan. En algunos casos están obligados a aceptarla, por ejemplo cuando tiene un acuerdo de participación con Medicare y le brindan los servicios cubiertos por Medicare. Averigüe cuánto tiene que pagar usted por cada servicio o suministro antes de recibirlo.

Si su médico o proveedor **acepta** la asignación:

- Los gastos directos de su bolsillo pueden ser menores.
- Sólo le pueden cobrar el [deducible](#) y el [coseguro](#) y debe esperar hasta que Medicare pague su parte.
- Todos los médicos o proveedores tienen que enviar su factura directamente a Medicare y no pueden cobrarle por enviarla.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



Mantenga sus costos bajos con la “Asignación” (continuación)

Si su médico, proveedor o suplidor **no acepta** la asignación:

- Tiene igualmente que enviar la reclamación a Medicare cuando le brinden un servicio. El proveedor no le puede cobrar por mandar la reclamación a Medicare. Si no la envía, pídale que lo haga. Si aun así sigue sin presentarla, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Tal vez tenga que pagar por el servicio cuando lo reciba y luego enviar la factura a Medicare usando el Formulario CMS-1490S. Visite www.medicare.gov/medicareonlineforms para obtener el formulario y las instrucciones para el reembolso, o llame al 1-800-MEDICARE.

- También pueden cobrarle más de la **cantidad aprobada por Medicare**, hasta un cierto límite conocido como “cargo limitante” o “cargo límite”. Esta cantidad es el 15% más de la cantidad aprobada por Medicare. El “cargo limitante” sólo se aplica a ciertos servicios y no se aplica a los suministros ni al equipo médico duradero.

Para buscar un médico o proveedor que acepte la asignación (que participe en Medicare), vaya a www.medicare.gov/physician o al www.medicare.gov/supplier. También puede averiguarlo llamando al 1-800-MEDICARE o pregúntele a su médico, proveedor, o suplidor si aceptan la asignación.



Nota: Si necesita cuidado de salud en el hogar o equipo médico duradero, este debe ser ordenado por un médico u otro proveedor que esté inscrito en Medicare.

Lo que debe saber sobre los contratos privados

Un “contrato privado” es un acuerdo por escrito entre usted y su médico u otro proveedor de la salud que haya decidido no ofrecer sus servicios a través del programa Medicare. El contrato privado es válido solamente para los servicios del médico que le pidió que firme el contrato. Usted no tiene que firmarlo si no quiere. Siempre puede escoger atenderse con otro médico que acepte brindarle los servicios a través de Medicare. Si firma un contrato privado:

- **Medicare no pagará ningún servicio que reciba de ese médico o proveedor.**
- Usted tendrá que pagar lo que el médico o proveedor le cobre por el servicio recibido.
- Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare) no pagará por dicho servicio. Si tiene preguntas, llame a su compañía de seguro Medigap antes de recibir el servicio.
- Su proveedor debe decirle si Medicare pagaría por dicho servicio si lo recibiera de otro proveedor que participe en Medicare.
- Su proveedor debe decirle si fue excluido del programa Medicare.

No se le puede pedir que firme un contrato privado en una situación de emergencia o cuando necesite cuidado urgente.

Usted siempre tiene la opción de escoger un servicio que no está cubierto por Medicare mientras lo pague de su bolsillo.

También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para conseguir asesoría sobre la firma de un contrato privado con cualquier médico u otro proveedor de la salud. Encontrará el número de teléfono en las páginas 123–126.



Si desea información sobre sus derechos de apelación y cómo protegerse y proteger a Medicare del fraude, consulte las páginas 94–107.



Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



Añada la cobertura Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

En el Medicare Original, **si actualmente no tiene una cobertura válida de medicamentos** (por ejemplo de su empleador actual o pasado o sindicato) y desea obtenerla, debe inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Estos planes son ofrecidos por compañías privadas que tienen un contrato con Medicare. Si no tiene una cobertura válida de medicamentos en cuanto sea elegible, debe inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Si en vez de inscribirse en cuanto es elegible decide hacerlo más tarde, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía.

Si desea más información, consulte las páginas 78–79.

Si tiene una cobertura válida de medicamentos de un empleador o sindicato, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato antes de hacer cualquier cambio a su cobertura. Su empleador o sindicato le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Si cancela el seguro médico de su empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. Tenga en cuenta que si cancela su plan de **medicamentos** también tendrá que cancelar su cobertura **de salud** (médico y hospital). Además, si cancela su cobertura es posible que también deba cancelar la de su cónyuge y dependientes.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas

Las personas que tienen ingresos y recursos limitados podrían ser elegibles para recibir **Ayuda Adicional** para pagar por los costos del plan de recetas médicas. Vea las páginas 86–89 para averiguar si reúne los requisitos para la Ayuda Adicional.

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)

El Medicare Original paga por muchos pero no todos los servicios médicos y suministros. Una póliza Medigap, vendida por una compañía de seguro privada puede ayudarle a cubrir las faltas de cobertura del Medicare Original tales como los **copagos**, **coseguro** y **deducibles**. Algunas pólizas Medigap cubren otros beneficios que Medicare no cubre como la atención médica cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos. Si está inscrito en el Medicare Original y tiene una póliza Medigap, ambos planes pagarán la parte que les corresponde de la **cantidad aprobada por Medicare** para los servicios médicos cubiertos. Medicare no paga la **prima** de la póliza Medigap.

Cada póliza Medigap debe cumplir las leyes federales y estatales promulgadas para protegerlo y debe indicar claramente que es un “seguro suplementario a Medicare”. Las compañías de seguro sólo pueden venderle las pólizas Medigap “estandarizadas” identificadas en la mayoría de los estados por letras. Todas las pólizas estandarizadas deben ofrecer la misma cobertura básica, y algunas ofrecen beneficios adicionales para que usted escoja la que le convenga más.

Nota: En Massachusetts, Minnesota y Wisconsin, están estandarizadas de manera diferente.



Los tipos de planes Medigap que puede comprar cambiarán:

- Hay dos planes nuevos—Pólizas M y N.
- Ya no se venderán los planes E, H, I, J. Si ya tiene o ha comprado uno de estos planes antes del 1 de junio de 2010 puede quedárselo.

Para más información, comuníquese con su plan.

Las compañías de seguro Medigap pueden cobrarle primas diferentes por exactamente la misma cobertura. Antes de comprar una póliza Medigap asegúrese de comparar pólizas iguales (por ejemplo, compare un Plan A de una compañía con el Plan A de otra compañía).

En algunos estados, quizá pueda comprar otro tipo de póliza Medigap llamada Medicare SELECT (una póliza Medigap con la que debe atenderse en hospitales específicos y en algunos casos, con médicos específicos para recibir los beneficios completos). Si compra una póliza Medicare SELECT, también tiene derecho a cambiarla por una póliza Medigap estandarizada durante el primer año.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Más sobre las pólizas Medigap

- Usted tiene que tener las Partes A y B de Medicare.
- Tendrá que pagar una **prima** mensual a la compañía de seguro que le vendió la póliza Medigap y además seguirá pagando la prima mensual por la Parte B.
- Las pólizas Medigap sólo cubren a una persona. Si su cónyuge quiere dicha cobertura tendrá que comprar su propia póliza.
- Es importante que compare las pólizas dado que los costos pueden variar y en algunas pólizas pueden aumentar a medida que usted envejece. Los precios pueden estar limitados por las leyes estatales.
- El mejor momento para comprar una póliza Medigap es durante el período de 6 meses que se inicia el primer día del mes en que usted tenga 65 años o más y esté inscrito en la Parte B de Medicare, (algunos estados pueden tener períodos de inscripción adicionales). Después del período inicial de inscripción sus opciones para comprar una póliza Medigap pueden ser limitadas y le pueden costar más. Por ejemplo, si cumple 65 años y está inscrito en la Parte B en junio, el mejor momento para comprar una póliza Medigap es entre junio y noviembre.
- Si tiene menos de 65 años, no le otorgarán un período de inscripción abierta hasta que cumpla 65 años pero, las leyes estatales tal vez le otorguen derechos adicionales para comprar una póliza Medigap antes de esa edad.
- Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. Usted **no puede** usar su póliza Medigap para pagar los **copagos**, **deducibles** y las primas de su Plan Medicare Advantage. Si decide cancelar su póliza Medigap, debe llamar a su compañía de seguro. Si cancela su póliza Medigap para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, en la mayoría de los casos no podrá recuperarla.
- Si ya tiene un Plan Medicare Advantage, es ilegal que cualquier persona le venda una póliza Medigap a menos que usted esté regresando al Medicare Original. Si tratan de venderle una póliza comuníquese con su Departamento Estatal de Seguro.

Más sobre las pólizas Medigap (continuación)

- Si se inscribe en un [plan de salud de Medicare](#) por primera vez y no está satisfecho con el plan, puede regresar al Medicare Original dentro del año de haberse inscrito y se le otorgarán derechos especiales para comprar una póliza Medigap.
 - Si antes de inscribirse ya tenía una póliza Medigap, puede recuperarla si la compañía todavía la vende. Si no estuviera disponible, puede comprar otra póliza Medigap.
 - Su póliza Medigap ya no podrá ofrecerle la cobertura de medicamentos aun si antes la tenía, pero sin embargo podrá inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.
 - Si se inscribe en un plan de salud de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez, podrá escoger cualquier póliza.
- Usted no puede tener la cobertura de recetas médicas de Medigap y la de un plan Medicare de medicamentos recetados. Vea la página 82.

Para más información sobre las pólizas Medigap

- Visite <http://go.usa.gov/cOr> para consultar la publicación “Selección de una Póliza Medigap: La guía para las personas con Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si pueden enviarle una copia. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048; o puede visitar www.medicare.gov.
- Comuníquese con el Departamento Estatal de Seguro. Llame al 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) para averiguar el número de teléfono. También puede obtenerlo en www.medicare.gov/contacts.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 123–126.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Planes Medicare Advantage (Parte C)

Los Planes Medicare Advantage son opciones de **planes de salud de Medicare** (como un HMO o PPO) aprobados por Medicare pero ofrecidos por compañías privadas. Son parte del programa Medicare y a veces se les conoce como la “Parte C” o “Planes MA”. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, el plan le provee todos los servicios cubiertos por la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Todos los tipos de planes le dan cobertura durante las emergencias o necesidad de atención urgente. Los Planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios que cubre el Medicare Original excepto el cuidado de hospicio. El Medicare Original cubre el cuidado de hospicio aun si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage. Los Planes Medicare Advantage no se consideran cobertura complementaria.

Los Planes Medicare Advantage pueden ofrecer cobertura adicional como servicios de la vista, oídos, dental y los programas de salud y bienestar. La mayoría de los planes incluyen la cobertura de las recetas médicas. Además de la **prima** de la Parte B, usted tendrá que pagar la prima mensual del plan.



Medicare paga a las compañías que ofrecen estos planes, una cantidad fija cada mes. Los Planes Medicare Advantage deben cumplir las normas de Medicare. Sin embargo, cada Plan Medicare Advantage puede tener gastos de su bolsillo diferentes, así como normas diferentes sobre cómo obtener sus servicios (por ejemplo si necesita ser **referido** para ver a un especialista o si tiene que atenderse con médicos, proveedores y en hospitales de la red del plan para los servicios que no sean de emergencia o urgentes). Estas normas pueden cambiar cada año.

Los Planes Medicare Advantage incluyen:

- Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Vea la página 66.
- Planes de Organización de Proveedor Preferido (PPO). Vea la página 66.
- Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS). Vea la página 67.
- Planes para Necesidades Especiales. Vea la página 67.

Planes Medicare Advantage (continuación)

Hay otros tipos de Planes Medicare Advantage menos comunes que podrían estar disponibles como:

- Planes HMO con Opción de Punto de Servicio (HMOPOS)—Un plan HMO que podría permitirle recibir servicios fuera de la red por un costo adicional.
- Planes de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA)—Un plan que combina un plan de **deducible** alto con una cuenta bancaria. Medicare deposita dinero en la cuenta (menos el deducible) y usted lo usa para pagar por los servicios médicos durante el año. Si desea más información sobre los planes MSA, visite <http://go.usa.gov/cOY> para ver la publicación “Su guía sobre los Planes Medicare de Cuentas de Ahorros Médicos”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para averiguar si pueden enviarle una copia. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-877-486-2048.



Antes de inscribirse, asegúrese de que comprende cómo trabaja el plan. Si desea más información sobre los tipos de Planes Medicare Advantage, consulte las páginas 66–67. También puede llamar a cualquiera de los planes y solicitar el Resumen de Beneficios (SB). Si necesita ayuda para comparar planes, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 123–126.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Más sobre los Planes Medicare Advantage

- Tal como en el Medicare Original, usted sigue teniendo los derechos y protecciones de Medicare, incluido el derecho de apelar. Vea las páginas 95–97.
- Antes de recibir un servicio hable con el plan para averiguar si el servicio está cubierto y cuánto tendrá que pagar.
- Usted debe cumplir las normas del plan, como por ejemplo, obtener una orden escrita de su médico ([referido](#)) para atenderse con un especialista para evitar costos más elevados, si el plan tuviera dicho requisito. Hable con el plan.
- Usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage aun si tiene un problema de salud preexistente, excepto si padece de una Enfermedad Renal Terminal (ESRD). Vea la página 64.
- Usted sólo puede inscribirse o retirarse de un plan durante ciertos períodos del año. Vea la página 68.
- Si se atiende con un médico o proveedor o en una clínica que no pertenece a la red del plan, puede que no cubra sus servicios o que tenga que pagar más por ellos, según el Plan Medicare Advantage en el que esté inscrito. En la mayoría de los casos, esto se aplica a los Planes Medicare Advantage HMO o PPO.
- Si el plan deja de participar en el programa Medicare, tendrá que inscribirse en otro [plan de salud de Medicare](#) o regresar al Medicare Original. Vea las páginas 94–95.
- Generalmente obtendrá la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) a través del plan. En algunos planes que no ofrecen la cobertura de medicamentos, usted podrá inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. **Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage que incluye la cobertura de las recetas médicas y se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, se le dará de baja del Plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.** Usted no puede tener la cobertura de las recetas médicas del Plan Medicare Advantage y de un plan Medicare de medicamentos recetados.
- Usted no puede comprar (ni le pueden vender) una póliza Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) si está inscrito en un Plan Medicare Advantage. Esta póliza no pagará por los [deducibles](#), [copago](#) o [coseguro](#) del Plan Medicare Advantage.

NUEVO

- Si participa en un ensayo clínico, sus costos serán más bajos y podrían ser cubiertos por su plan. Llame al plan para obtener más información.
- Los Planes Medicare Advantage no pueden cobrarle más que el Medicare Original por ciertos servicios como la quimioterapia, el tratamiento de diálisis y la atención en un [centro de enfermería especializada](#).
- Los Planes Medicare Advantage tendrán un límite anual para lo que usted pague por los servicios cubiertos por las Partes A y B durante el año. Este máximo anual de gastos de su bolsillo puede variar entre los Planes Medicare Advantage. Cuando esté escogiendo un plan tenga en cuenta este factor.

¿Quién puede inscribirse?

En general, usted puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage si:

- Tiene la Parte A y B de Medicare.
- Vive en el [área de servicio](#) del plan.
- No padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón), con excepción de lo explicado en la página 64.

Nota: En la mayoría de los casos sólo puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage en ciertos períodos del año. Vea la página 68.

Si tiene otra cobertura

Hable con el administrador de beneficios de su empleador o sindicato sobre las normas que se aplican antes de inscribirse en un Plan Medicare Advantage. En algunos casos, si tiene cobertura de un empleador o sindicato y se inscribe en un Plan Medicare Advantage puede que pierda dicha cobertura. En otros casos, si se inscribe en un Plan Medicare Advantage y tiene cobertura de un empleador o sindicato puede seguir usando esta cobertura junto con la de su plan. **Recuerde, si cancela su cobertura de empleador o sindicato tal vez no pueda recuperarla.**

Si tiene una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare)

Si tiene una póliza Medigap y se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), tal vez le convenga cancelar su póliza Medigap. Usted no podrá usarla para pagar por cualquier gasto del Plan Medicare Advantage ([copagos](#), [coseguro](#), [primas](#)). Si cancela su póliza Medigap en la mayoría de los casos no podrá recuperarla. Vea las páginas 58–59.

Si padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD)

Si padece de ESRD por lo general no puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage. Sin embargo, usted podría inscribirse en estas circunstancias:

- Si ya estaba inscrito en un Plan Medicare Advantage cuando le diagnostican ESRD, puede quedarse o en ciertos casos, puede inscribirse en otro plan ofrecido por la misma compañía.
- Si está inscrito en un plan de salud grupal de un empleador o sindicato o en otro seguro médico ofrecido por la misma compañía que ofrece uno o más Planes Medicare Advantage, podrá inscribirse en un Plan Medicare Advantage ofrecido por dicha compañía.
- Si le han hecho un trasplante de riñón exitoso, tal vez pueda inscribirse en un Plan Medicare Advantage.
- Si padece de ESRD, podrá inscribirse en un Plan para Necesidades Especiales (SNP) para los beneficiarios con ESRD, si hubiese uno disponible en su zona.

Si padece de ESRD y está inscrito en un Plan Medicare Advantage y el mismo abandona el programa Medicare o ya no brinda servicios en su área, usted tiene el derecho por única vez de inscribirse en otro Plan Medicare Advantage. No tiene que usar este derecho inmediatamente. Si cambia directamente al Medicare Original después de que su plan abandone Medicare o deje de brindar cobertura, igual tendrá por única vez el derecho a inscribirse en un Plan Medicare Advantage más tarde.

Para preguntas o quejas sobre los servicios de diálisis renal, llame a la Red de ESRD. Una red de ESRD es un grupo de expertos de servicios de riñón pagados por el gobierno federal, cuyo objetivo es controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare que reciben tratamiento de diálisis por sus problemas renales. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener los números de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para más información sobre ESRD, visite <http://go.usa.gov/cOg> y consulte la publicación “La cobertura Medicare de los servicios de diálisis renal y trasplante de riñón”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE para averiguar si pueden enviarle una copia.

Nota: Si tiene ESRD y el Medicare Original, puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Lo que usted paga

Los gastos directos de su bolsillo en un Plan Medicare Advantage dependerán de:

- Si el plan le cobra una prima mensual.
- Si el plan paga alguna parte de la prima mensual de la Parte B.
- Si el plan cobra un deducible anual o cualquier deducible adicional.
- Cuánto le corresponde pagar a usted por cada visita o servicio (copago o coseguro).
- El tipo de servicio que necesita y la frecuencia.
- Si cumple las normas del plan, por ejemplo si usa proveedores de la red del plan.
- Si usted necesita cobertura adicional y cuánto cobra el plan por dicha cobertura.
- Si el plan tiene un límite anual para el gasto directo de su bolsillo para todos los servicios médicos.

Para obtener más información sobre los costos de un Plan Medicare Advantage específico, llame al plan que le interesa para obtener más detalles. Visite www.medicare.gov/find-a-plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para los planes disponibles en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene recursos e ingresos limitados, tal vez sea elegible para:

- **Ayuda Adicional** para pagar por los costos de la cobertura de recetas médicas y la prima de la Parte D. Vea las páginas 86–89.
- Ayuda del programa Medicaid de su estado para pagar las primas de Medicare. En algunos casos el estado también podría pagar los deducibles y el coseguro de las Partes A y B. Vea la página 90.



Si está inscrito en un **plan de Medicare**, fíjese en la Evidencia de Cobertura (EOC) y en el Aviso Anual de Cambio (ANOC) que le envía su plan cada otoño. La EOC le brinda detalles sobre lo que cubre el plan, cuánto tiene que pagar usted y más. El ANOC incluye los cambios en la cobertura, costos o **área de servicio** que entrarán en vigencia en el mes de enero. Si no recibe la EOC o el ANOC, comuníquese con su plan.

¿Cómo funcionan los Planes Medicare Advantage?

	Planes de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)
¿Puedo obtener mis servicios de cualquier médico u hospital?	No. Por lo general debe recibirlos de médicos y hospitales de la red del plan (excepto en emergencias, atención urgente o diálisis si usted está fuera del área). En algunos planes, tal vez pueda obtener ciertos servicios fuera de la red por un costo más elevado. Se le conoce como HMO con opción de punto de servicio.	Sí. Los PPO tiene una red de médicos y hospitales pero usted también puede atenderse con proveedores que no pertenecen a la red, generalmente pagando un poco más.
¿Cubre los medicamentos recetados?	En la mayoría de los casos los cubre. Pregúntele al plan. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un HMO que la ofrezca.	En la mayoría de los casos los cubre. Si desea esta cobertura debe inscribirse en un PPO que la ofrezca.
¿Debo escoger un médico de cuidado primario?	En la mayoría de los casos debe hacerlo.	No.
¿Necesito un referido de mi médico para consultar un especialista?	Sí, en la mayoría de los casos. Ciertos servicios como las mamografías anuales no lo necesitan.	No.
¿Qué otra cosa necesito saber sobre este tipo de plan?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si su médico abandona el plan, se le notificará y usted podrá escoger otro médico del plan. ▪ Si recibe servicios fuera de la red del plan, tendrá que pagar el total del servicio. ▪ Es importante que cumpla las normas del plan, como obtener una aprobación previa cuando se la requieran. 	<p>Hay dos tipos de PPO—Los PPO regionales y los locales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los PPO Regionales atienden una de las 26 regiones establecidas por Medicare. ▪ Los PPO locales atienden los condados escogidos por el plan para incluirlos en su área de servicio.

Los Planes Medicare Advantage pueden variar y ser ofrecidos por varias compañías privadas. Lea los documentos que le envía el plan y entienda sus normas. Llame al plan para averiguar si el servicio que necesita está cubierto y cuánto cuesta. Visite www.medicare.gov/find-a-plan o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para buscar planes en su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo funcionan los Planes Medicare Advantage? (continuación)

Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS)	Planes para Necesidades Especiales (SNP)
<p>Sí, en la mayoría de los casos. Usted puede atenderse con cualquier médico o en cualquier hospital aprobado por Medicare si ellos aceptan tratarlo. No todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red de proveedores, puede atenderse con un proveedor que no pertenezca a la red y que acepte tratar a los miembros del plan.</p>	<p>Por lo general debe atenderse con médicos y en hospitales de la red del plan (excepto en caso de emergencia, de atención urgente fuera del país o de diálisis fuera del área).</p>
<p>A veces. Si el PFFS no ofrece esta cobertura tendrá que inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.</p>	<p>Sí. Todos los SNP deben ofrecer la cobertura de recetas médicas (Parte D).</p>
<p>No.</p>	<p>Generalmente sí.</p>
<p>No.</p>	<p>Sí, en la mayoría de los casos. Pero no lo necesita para servicios como las mamografías anuales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los planes PFFS no son lo mismo que el Medicare Original o una póliza Medigap. ▪ El plan decide cuánto le corresponde pagar por los servicios. ▪ Algunos PFFS tienen un contrato con proveedores de la red que aceptan tratarlo siempre, inclusive si no lo han visto antes. ▪ Si se inscribe en un PFFS que tiene una red de proveedores, tendrá que pagar más si se atiende con un proveedor fuera de la red. ▪ Los médicos, hospitales y proveedores que no pertenecen a la red, pueden decidir en cada caso, si lo tratan o no, aun si usted ya era paciente de ellos. ▪ Antes de atenderse, asegúrese de buscar un médico, hospital y otros proveedores que acepten atenderlo y que acepten los términos de pago del plan PFFS. ▪ En una emergencia, los proveedores y hospitales deben atenderlo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los SNP limitan a sus miembros a: 1) personas que viven en ciertas instituciones (como asilos de ancianos) o requieren ese tipo de cuidado en sus hogares, o 2) son elegibles para Medicare y Medicaid, o 3) padecen de uno o más problemas de salud crónicos o que los incapaciten (como diabetes, insuficiencia cardíaca, problemas mentales, o VIH/SIDA). Los planes pueden limitar a los miembros que aceptan aun más. ▪ Los planes deben coordinar los servicios y proveedores que usted necesita para mantenerse sano y para seguir las indicaciones de su médico. ▪ Si tiene Medicare y Medicaid, asegúrese de que los médicos y otros proveedores que lo atienden, acepten Medicaid. ▪ Si vive en un centro (como un asilo de ancianos), asegúrese de que los médicos y proveedores del plan atiendan a las personas de su asilo.

La inscripción, cambio y cancelación de un Plan Medicare Advantage

Usted puede inscribirse, cambiarse o cancelar un Plan Medicare Advantage:

- Cuando sea elegible para Medicare por primera vez (en el período de 7 meses que incluye 3 meses antes a 3 meses después de cumplir 65 años y el mes en que cumple los 65 años).
- Si obtiene Medicare debido a una incapacidad, puede inscribirse 3 meses antes a 3 después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad.
- **NUEVO**—Del 15 de octubre al 7 de diciembre del 2011. Su cobertura comenzará el 1 de enero del 2012, siempre que el plan reciba su solicitud de inscripción para el 31 de diciembre.

NUEVO—Cambios a su cobertura después del 31 de diciembre

Entre el 1 de enero y el 14 de febrero, usted puede cancelar su Plan Medicare Advantage y regresar al Medicare Original. Si regresa al Medicare Original durante este período, tendrá hasta el 14 de febrero para inscribirse también en un plan Medicare de medicamentos recetados para agregar dicha cobertura. La cobertura comenzará el primer día del mes en que el plan recibe su solicitud.

Durante este período, usted **no** puede:

- Cambiar del Medicare Original a un Plan Medicare Advantage.
- Cambiar de un Plan Medicare Advantage a otro.
- Cambiar de un plan Medicare de medicamentos recetados a otro.
- Inscribirse, cambiar o cancelar un Plan Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos.

En la mayoría de los casos, usted debe permanecer inscrito por todo el año a partir del momento en que comienza su cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones, podrá inscribirse, cambiar o cancelar su Plan Medicare Advantage en otros momentos. Algunas de estas situaciones incluyen:

- Si se muda fuera del **área de servicio** del plan.
- Si es elegible para recibir **Ayuda Adicional** para pagar por su cobertura de recetas médicas. Vea las páginas 86–89.
- Si vive en una **institución** (como un asilo de ancianos).

Usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener más información. Vea las páginas 123–126 para obtener el número de teléfono.

Las palabras
en color
azul están
definidas en
las páginas
127–130.

¿Cómo me inscribo?

Si decide inscribirse en un Plan Medicare Advantage, puede llenar una solicitud impresa, hacerlo por teléfono o en el sitio Web del plan o en www.medicare.gov. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando se inscriba tendrá que dar su número de Medicare y la fecha en que se inició la cobertura de la Parte A y/o B. Esta información está en su tarjeta de Medicare.

Nota: Los Planes Medicare Advantage no están autorizados a llamarlo para que se inscriba. Si el plan lo hace, llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo cambio de plan?

Si ya está inscrito en un Plan Medicare Advantage:

- Para cambiarse a un Plan Medicare Advantage nuevo, simplemente inscríbese en el plan que ha escogido durante uno de los períodos de inscripción mencionados en la página 68. Cuando comience la cobertura del nuevo plan, le darán de baja automáticamente de su antiguo plan.
- Para cambiarse al Medicare Original, comuníquese con su plan actual o llame al 1-800-MEDICARE. También tendrá que decidir si quiere la cobertura de los medicamentos recetados (Parte D) y si quiere comprar una póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare). Vea las páginas 57–59 para más información sobre la compra de una póliza Medigap.

Para más información sobre la inscripción, cambio o cancelación de los planes, lea la hoja informativa titulada “Entienda los períodos de inscripción de Medicare” en <http://go.usa.gov/cOa>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le manden una copia por correo.



Nadie puede llamarlo o presentarse en su casa sin haber sido invitado para venderle productos relacionados con Medicare. Vea las páginas 104–107 para más información sobre cómo protegerse del fraude y del robo de identidad. Si cree que el plan le ha dado información confusa o engañosa llame al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Otros planes de salud de Medicare

Algunos tipos de [planes de salud de Medicare](#) que proveen cobertura médica no son Planes Medicare Advantage, pero siguen siendo parte del programa Medicare. Algunos planes ofrecen la cobertura de las Partes A (seguro de hospital) y B (seguro médico), y algunos también la Parte D (cobertura Medicare de recetas médicas). Estos planes funcionan de un modo similar y con algunas de las mismas normas que los Planes Medicare Advantage. Algunas de estas normas se explican brevemente a continuación y en la página siguiente. Sin embargo, cada tipo de plan tiene sus normas especiales y excepciones, si quiere información detallada debe comunicarse con el plan que le interesa.

Planes Medicare de Costo

Los Planes Medicare de Costo son un tipo de plan disponible en ciertas zonas del país. Estos planes funcionan de la manera siguiente:

- Puede inscribirse aun si sólo tiene la Parte B.
- Si tiene las Partes A y B y se atiende con un proveedor que no pertenece a la red del plan, el servicio estará cubierto por el Medicare Original. Usted tendrá que pagar el [coseguro](#) y [deducibles](#) de las Partes A y B.
- Puede inscribirse en cualquier momento en que el plan esté aceptando nuevos miembros.
- Puede cancelar este plan en cualquier momento y regresar al Medicare Original.
- Puede obtener su cobertura de recetas médicas del plan (si la ofrece) o inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados para añadir esta cobertura. **Nota:** Usted puede agregar o cancelar su cobertura de medicamentos recetados solamente en ciertos momentos. Vea la página 73.

Hay otro tipo de Plan Medicare de Costo que sólo brinda los servicios cubiertos por la Parte B. Estos planes nunca incluyen la cobertura de recetas médicas (Parte D). Los servicios de la Parte A están cubiertos por el Medicare Original. Estos planes están patrocinados por los planes de salud grupales de empleador o sindicato o son ofrecidos por compañías que no ofrecen los servicios cubiertos por la Parte A.

Si desea más información sobre los Planes Medicare de Costo, llame al plan. También puede consultar www.medicare.gov, o llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Vea las páginas 123–126 para conseguir el número de teléfono.

Otros planes de salud de Medicare (continuación)

Programas Piloto

Los programas piloto, a veces conocidos como “estudios de investigación”, son proyectos especiales para probar cambios que mejoren la cobertura, costos y calidad de los servicios de Medicare. Los programas piloto generalmente son para un grupo específico de gente, y/o se ofrecen sólo en áreas específicas y por un tiempo limitado. Si desea más información sobre cómo funcionan llame al programa piloto.

Para informarse sobre los programas piloto actuales, visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Agente”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

PACE (Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados para que las personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado que reciben en un asilo para ancianos, permanezcan en sus comunidades.

Para ser elegible para PACE, usted debe:

- Tener 55 años o más.
- Vivir en el **área de servicio** de la organización PACE.
- Debe tener una certificación de su estado indicando que necesita el nivel de cuidado que se ofrece en un asilo para ancianos.
- Al momento de inscribirse, usted debe estar en condiciones de vivir en su comunidad de manera segura con la ayuda de los servicios de PACE.

PACE cubre los medicamentos recetados, las visitas médicas, transporte, cuidado en el hogar, controles, visitas al hospital y estadías en un asilo para ancianos cuando fuese necesario. Si tiene Medicare, el programa Medicare pagará todos los servicios cubiertos. Si tiene Medicare y Medicaid, tendrá que pagar o una **prima** mensual pequeña o nada por la parte del beneficio de PACE del cuidado a largo plazo. Si tiene Medicare pero no tiene Medicaid, se le cobrará una prima mensual para cubrir la parte correspondiente a PACE para el cuidado a largo plazo y una prima por los medicamentos de la Parte D. Sin embargo, en PACE usted no paga ni un **deducible** ni **copago** por los servicios o medicamentos aprobados por el equipo de médicos de PACE.

Llame a su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible y si hay un programa PACE cerca suyo, o visite www.pace4you.org. También puede visitar <http://go.usa.gov/cO4> para ver la hoja informativa “Resumen sobre los programas PACE”. Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le manden una copia.



La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

La cobertura de las recetas médicas está disponible para todos los beneficiarios de Medicare. Incluso si no necesita muchos medicamentos ahora, debe igualmente pensar en inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas. Para conseguir esta cobertura debe inscribirse en uno de estos planes ofrecidos por las compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan varía en cuanto a los costos y a los medicamentos que cubre. Si usted decide no inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas cuando es elegible por primera vez, y no tiene otra **cobertura válida de medicamentos**, es probable que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Vea las páginas 78–79.



Hay dos maneras de obtener la cobertura de los medicamentos recetados:

1. **Inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.** A veces conocido como “PDP” que añade esta cobertura al Medicare Original, a ciertos Planes Medicare de Costo, algunos Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA).
2. **Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare que incluya como parte del plan la cobertura de recetas médicas.** Usted recibirá todos los beneficios de Medicare (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través del plan. A veces a los Planes Medicare Advantage con cobertura de las recetas médicas se les conoce como “MA-PD”.

En esta sección a ambos tipos de planes se les llamará “Planes Medicare de medicamentos recetados”.

¿Quién puede obtener esta cobertura?

Para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados tiene que tener las Partes A y/o B. Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud que ofrezca la cobertura de medicamentos recetados, debe tener las Partes A y B y vivir en el **área de servicio** del plan de medicamentos en el que desea inscribirse.



Si tiene cobertura de su empleador o sindicato, llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio o de inscribirse en otro plan. Si cancela su plan de empleador o sindicato, tal vez no pueda recuperarlo. Además, es posible que si cancela la cobertura de **medicamentos**, también tenga que cancelar su cobertura de **salud** (médico y hospital). Tenga en cuenta que si deja su cobertura, puede que también esté cancelando la de su cónyuge y dependientes. Si desea saber cómo funciona la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados con otra cobertura de recetas médicas que usted pudiera tener, consulte las páginas 82–83.



Inscripción, cambio o cancelación de un plan Medicare de medicamentos recetados

Usted sólo puede inscribirse, cambiar o cancelar el plan:

- Cuando es elegible para Medicare por primera vez (en el período de 7 meses que incluye 3 meses antes a 3 meses después de cumplir 65 años y el mes en que cumple los 65 años).
- Si tiene Medicare por una incapacidad, puede inscribirse 3 meses antes o 3 meses después del mes número 25 de sus beneficios por incapacidad. Usted tendrá otra oportunidad para inscribirse 3 meses antes o 3 meses después de cumplir 65 años.
- **NUEVO**—Del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2011. Su cobertura comenzará el 1 de enero de 2012, siempre que el plan reciba su solicitud para el 31 de diciembre.
- En cualquier momento si es elegible para recibir [Ayuda Adicional](#).

En la mayoría de los casos, deberá permanecer inscrito por un año a partir de la fecha en que comienza la cobertura. Sin embargo, en ciertas situaciones, usted podrá inscribirse, cambiar o cancelar su plan de medicamentos en otro momento. Por ejemplo:

- Si se muda fuera del [área de servicio](#)
- Si pierde su otra [cobertura válida de medicamentos](#)
- Si vive en una [institución](#) (centro de cuidado a largo plazo como un asilo para ancianos)

Si desea inscribirse o cambiar de plan, hágalo lo antes posible para que le entreguen su tarjeta de miembro para cuando comience la cobertura y poder así comprar sus medicamentos sin retraso.

Para más información, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Vea las páginas 123–126 para conseguir el número de teléfono. También puede obtenerlo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados podría ser elegible para obtener la Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas. También podría obtener ayuda de su estado. Vea las páginas 86–91.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



¿Cómo me inscribo?

Una vez que haya escogido un plan de medicamentos recetados puede inscribirse llenando una solicitud impresa, llamando al plan, en el sitio Web del plan o en www.medicare.gov. Usted puede inscribirse llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando se inscriba tendrá que proveer su número de Medicare y la fecha en que se inició la cobertura de la Parte A y/o B. Encontrará esta información en su tarjeta de Medicare. **Nota: Los planes de recetas médicas no están autorizados a llamarlo para que se inscriba. Llame al 1-800-MEDICARE para denunciar al plan si lo hace.**



¿Cómo cambio de plan?

Según las circunstancias, usted puede cambiarse a un nuevo plan Medicare de medicamentos recetados simplemente inscribiéndose en otro plan durante uno de los períodos mencionados en la página 73. **Usted no tiene que cancelar su antiguo plan ni enviarles una nota.** Su cobertura será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Su nuevo plan le enviará una carta avisándole cuándo se inicia la cobertura.

Si desea cancelar su plan Medicare de medicamentos recetados y no quiere inscribirse en un plan nuevo, puede hacerlo durante uno de los períodos mencionados en la página 73. También puede hacerlo llamando al 1-800-MEDICARE. También puede mandarle una carta al plan informándoles que quiere cancelarlo. Si lo cancela y quiere inscribirse en otro plan más adelante, tendrá que esperar al próximo período de inscripción. Tal vez tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Vea las páginas 78–79.



Si su Plan Medicare Advantage incluye la cobertura de las recetas médicas y usted se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, se le cancelará su Plan Medicare Advantage y regresará al Medicare Original.

Si desea más información sobre la inscripción, cambio o cancelación de su plan, lea la hoja informativa titulada “Entienda los períodos de inscripción de Medicare” en <http://go.usa.gov/cOa>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le envíen una copia.



Lo que usted paga

Abajo y en la próxima página se mencionan las cantidades que usted paga a lo largo del año en un plan de medicamentos recetados. **Su costo real variará** de acuerdo a los medicamentos que necesite, el plan que escoja, si usa o no una farmacia de la red del plan o si sus medicamentos están en el [formulario](#) del plan, y si usted recibe [Ayuda Adicional](#) para pagar los gastos de la Parte D.

Prima mensual

La mayoría de los planes cobran una prima mensual que varía con cada plan. Usted paga esta cantidad además de la prima de la Parte B. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o en un Plan Medicare de Costo que incluye la cobertura de las recetas médicas, la prima mensual puede incluir una cantidad por la cobertura de los medicamentos.

Nota: Comuníquese con su plan (no con el Seguro Social) si desea que le deduzcan el monto de la prima de su cheque del Seguro Social. Su primera deducción demorará 3 meses y lo más probable es que le deduzcan 3 meses de prima juntos. Después, solamente le deducirán el monto mensual de la prima. Si usted cambia de plan tal vez note un retraso en la deducción de la prima.

NUEVO—La prima mensual que paga por la Parte D podría aumentar basándose en sus ingresos. Esto incluye la cobertura de la Parte D que recibe de su plan Medicare de medicamentos recetados, o de un Plan Medicare Advantage o de un Plan Medicare de Costo que incluya la cobertura de las recetas médicas. Si su ingreso bruto ajustado modificado tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años (la información sobre su declaración de impuestos proporcionada más recientemente al el Seguro Social por el IRS) está por encima de cierta cantidad, usted pagará una prima más alta. Si desea información, consulte la página 134.

Deducible anual

La cantidad que usted paga antes de que su plan de medicamentos comience a pagar la parte que le corresponde de los medicamentos cubiertos. Algunos planes no cobran un deducible.

Copago o coseguro

La cantidad que le paga a la farmacia por los medicamentos cubiertos después de pagar el deducible (si el plan cobra un deducible). Usted paga su parte y el plan paga la suya.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



Lo que usted paga (continuación)

Interrupción en la cobertura/período sin cobertura

La mayoría de los planes de medicamentos tiene una interrupción en la cobertura (conocida como “donut hole”). Esto significa que después de que usted y su plan hayan gastado una cierta cantidad en los medicamentos cubiertos, usted tendrá que pagar todos los costos de su propio bolsillo hasta que alcance el límite de gastos anuales. No todas las personas llegarán a la falta de cobertura. Su **deducible** anual, el **coseguro** o los **copagos**, y lo que usted paga durante la interrupción en la cobertura, se tendrán en cuenta para el límite anual de gastos de su bolsillo. El límite no incluye la **prima** del plan ni lo que paga por los medicamentos que no están cubiertos.

Hay planes que ofrecen cobertura durante la interrupción, por ejemplo para los medicamentos genéricos. Sin embargo, estos planes pueden cobrarle una prima más elevada. Pregúntele al plan si pagará por sus medicamentos durante la interrupción en la cobertura. Si desea más información visite <http://go.usa.gov/cO2> y consulte la hoja informativa “Explicando la falta de cobertura”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirles que le manden una copia. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.

NUEVO—Si llegó a la interrupción en la cobertura en el **2010**, (y aún no recibió la **Ayuda Adicional**) puede haber recibido un reembolso por única vez de \$250 para ayudarle a pagar por sus medicamentos.

Si llega a la falta de cobertura en el 2011, en el momento de comprar los medicamentos de marca cubiertos, recibirá un descuento del 50%. Cada año le otorgarán nuevos ahorros durante la falta de cobertura hasta el 2020 cuando tendrá cobertura total. Hable con su médico para asegurarse de que le receten el medicamento más barato que pueda tratar su condición. Si desea más información visite <http://go.usa.gov/rcp> y consulte la hoja informativa “Cerrando la falta de cobertura”.

Cobertura catastrófica

Una vez que llegue al límite anual de gastos de su bolsillo, usted recibirá automáticamente la “cobertura catastrófica”. Esta cobertura le garantiza que después de que usted haya llegado al límite de los gastos de su bolsillo según lo estipulado por el plan, solamente pagará un coseguro o copago pequeño por sus medicamentos por el resto del año.

Nota: Si recibe Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas, no tendrá una interrupción en la cobertura y pagará solamente un copago pequeño o ningún copago en cuanto llegue a la “cobertura catastrófica”. Vea las páginas 86–89.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



Lo que usted paga (continuación)

El ejemplo abajo muestra los costos de los medicamentos cubiertos en el 2011 para un plan que tiene una interrupción en la cobertura.

El Sr. González se inscribe en el Plan de medicamentos ABC. Su cobertura comienza el 1 de enero de 2011. El Sr. González no recibe **Ayuda Adicional** y usa la tarjeta de su plan de medicamentos para comprar sus medicinas.

Prima mensual—El Sr. González paga dicha prima durante el año.			
1. Deducible anual	2. Copago o coseguro (lo que paga en la farmacia)	3. Interrupción en la cobertura	4. Cobertura catastrófica
El Sr. González paga los primeros \$310 del costo de sus medicinas antes de que el plan comience a pagar su parte.	El Sr. González abona un copago , y el plan paga su parte de cada medicamento cubierto hasta que la cantidad combinada (más el deducible) alcance a \$2,840.	Una vez que el Sr. González y el plan hayan gastado \$2,840 en los medicamentos cubiertos, comenzará la interrupción en la cobertura. En el 2011 se le otorgará un descuento del 50% para los medicamentos de marca cubiertos que cuentan como gastos de su bolsillo y le ayudan a salir de la interrupción en la cobertura.	Una vez que el Sr. González haya gastado \$4,550 de su bolsillo para el año, terminará la interrupción en su cobertura. Ahora solamente tendrá que pagar un pequeño copago por cada medicamento hasta el final del año.



Llame al plan que le interesa para obtener detalles. También puede visitar www.medicare.gov/find-a-plan, o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y comparar los costos de los planes de su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda para compararlos, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 123–126.



¿Qué es la penalidad por inscripción tardía en la Parte D?

La multa por inscripción tardía es la cantidad que se agrega a la **prima** que paga por la Parte D. Tendrá que pagar esta penalidad si:

- No se inscribió en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando fue elegible para Medicare por primera vez, y no tenía otra **cobertura válida de medicamentos**.
- Estuvo por lo menos 63 días seguidos sin la cobertura de medicamentos del plan Medicare o sin otra cobertura válida de medicamentos.

Nota: Si recibe **Ayuda Adicional**, no tendrá que pagar la multa por inscripción tardía.

Cómo evitar el pago de la penalidad:

- **Inscríbase en un plan Medicare de medicamentos recetados cuando sea elegible por primera vez.** No tendrá que pagar la penalidad aun si nunca antes tuvo una cobertura de medicamentos.
- **No pase más de 63 días seguidos sin esta cobertura u otra cobertura válida de medicamentos.** La cobertura válida de medicamentos puede incluir la que usted tiene a través de su empleador o sindicato, TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos, del Servicio Médico para Indígenas o de otro seguro médico. El plan le avisará cada año si la cobertura que tiene es válida, a través de una carta o incluida en el boletín del plan. Guarde esta información, tal vez la necesite cuando decida inscribirse en un plan Medicare de recetas médicas.

- **Avísele a su plan de recetas médicas de Medicare si tiene otra cobertura de medicamentos.** Cuando se inscribe en un plan y ellos piensan que usted pasó 63 días corridos sin cobertura válida de medicamentos, le enviarán una carta. La misma incluirá un formulario donde le preguntan si tiene cobertura válida de medicamentos. Si no le informa al plan sobre su cobertura válida, puede que tenga que pagar una penalidad.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.





¿Cuánto me costará la penalidad?

El costo de la penalidad dependerá del período de tiempo durante el cual estuvo sin **cobertura válida de medicamentos**. En la actualidad el monto de la penalidad se calcula multiplicando el 1% de la “prima básica nacional” (\$32.34 en el 2011) por el número de meses sin cobertura en los que fue elegible para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados y no lo hizo, ni tuvo otra cobertura válida de medicamentos. La cantidad final se redondea al punto decimal próximo y se agrega a su prima mensual. Dado que la “prima básica nacional del beneficiario” (prima promedio nacional) puede aumentar cada año, la penalidad también puede aumentar cada año. Usted tal vez tenga que pagar esta multa durante todo el tiempo en que tenga la cobertura del plan de medicamentos.

Ejemplo: La Sra. Torres no se inscribió cuando fue elegible por primera vez—para el 15 de mayo de 2007. Se inscribió en un plan Medicare de medicamentos recetados entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de 2010, y su cobertura comenzó el 1 de enero de 2011. Como la Sra. Torres no se inscribió cuando fue elegible por primera vez y estuvo 43 meses sin otra cobertura válida de medicamentos (de junio de 2007 a diciembre de 2010), se le cobrará una multa mensual de \$13.90 en el 2011 ($\$32.34 \times 0.01 = \$.3234 \times 43 = \13.90) además de la prima mensual del plan.

Cuando se inscriba en el plan de medicamentos, le dirán si tiene que pagar la multa y a cuánto ascenderá su prima.

Si está en desacuerdo con el monto de la penalidad

Si no está de acuerdo con el monto de la penalidad puede pedirle a Medicare una revisión o reconsideración. Tendrá que llenar un formulario (que le mandará el plan), y tendrá la oportunidad de mandarles pruebas para demostrar su caso, como por ejemplo información sobre su cobertura previa de medicamentos. Si necesita ayuda, hable con su plan de medicamentos.



Normas importantes de la cobertura de las recetas médicas

La información siguiente le ayudará con las preguntas que tenga cuando comience a usar su cobertura.

Qué puede hacer si necesita un medicamento antes de recibir la tarjeta del plan

Recibirá un paquete de bienvenida con su tarjeta de membresía dentro de 5 semanas o antes, después de que el plan reciba su solicitud. Si necesita comprar un medicamento antes de que llegue su tarjeta, puede llevar a la farmacia cualquiera de estos comprobantes:

- Una carta del plan que incluya su información de miembro.
- El número de confirmación que recibió de su plan y el nombre y número de teléfono del plan.
- También puede llevar una tarjeta temporal que puede imprimir de MiMedicare.gov, visite este sitio Web o consulte la página 118.

Si no tiene ninguno de los comprobantes mencionados, y el farmacéutico no tiene forma de comprobar la información, tal vez tenga que pagar la receta de su bolsillo. **Si lo hace, guarde los recibos y comuníquese con su plan para que le reembolsen el pago.**

Si es elegible para la [Ayuda Adicional](#), consulte las páginas 88–89 para averiguar qué puede usar como prueba de que le dieron la Ayuda Adicional.

¿Qué cubren los planes de medicamentos?

La información sobre la lista de medicamentos cubiertos ([formulario](#)) no se incluye en esta publicación porque cada plan tiene su propio formulario. Muchos planes Medicare de medicamentos recetados clasifican a sus medicamentos por “Niveles” o “Categorías”. Las medicinas en cada nivel tienen costos distintos. Por ejemplo, un medicamento de un nivel más bajo por lo general le costará menos que uno de un nivel más alto. En algunos casos, si el medicamento que usted necesita está en un nivel alto y su médico piensa que usted necesita dicho medicamento en vez de uno similar pero de un nivel más bajo, puede solicitar una excepción para pedirle al plan que le cobre un [copago](#) menor.

Comuníquese con el plan para averiguar sobre el formulario, o visite el sitio Web del plan. Visite www.medicare.gov/find-a-plan, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir el número de teléfono de los planes de su zona. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Los planes Medicare de medicamentos recetados deben cubrir todas las vacunas comercialmente disponibles (como la del herpes zoster) cuando sean [necesarias por razones médicas](#) para prevenir una enfermedad, excepto las vacunas cubiertas por la Parte B. Vea las páginas 36 y 40.





Normas importantes de la cobertura de las recetas médicas (continuación)

Los planes pueden tener normas de cobertura entre las que se incluyen:

- **Autorización previa**—Usted o la persona que le receta el medicamento (su médico u otro proveedor que legalmente puede recetarle un medicamento por escrito) debe comunicarse con el plan antes de comprar el medicamento. Su médico tal vez tenga que demostrarle al plan que el medicamento es **necesario por motivos médicos** para que el plan lo cubra.
- **Límite de cantidad**—Esto se refiere a la cantidad de píldoras que puede obtener cada vez.
- **Terapia en etapas/pasos**—Significa que antes de que el medicamento que le recetó el médico sea pagado por el plan, usted debe probar uno o más medicamentos similares de menor costo.

Si su médico o usted piensan que deberían eximirlo de alguna de estas normas, puede solicitar una excepción. Vea las páginas 98–100.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



En la mayoría de los casos, los medicamentos que recibe como paciente ambulatorio por ejemplo en la sala de emergencia o mientras está en observación (a veces conocidos como “medicamentos de autoadministración” o aquellos que puede tomar por usted mismo), no están cubiertos por la Parte B. Su plan de medicamentos recetados de Medicare puede cubrirlos **en ciertas circunstancias**. Lo más probable es que tenga que pagarlos de su bolsillo y luego enviarle la factura al plan; o si recibe una cuenta por los medicamentos que recibió en el consultorio de su médico, llame al plan de medicamentos para obtener información. También puede visitar <http://go.usa.gov/cOT> para consultar la hoja informativa titulada “Cómo cubre Medicare los medicamentos de autoadministración que recibe como paciente ambulatorio”. Si lo prefiere, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirles que le manden una copia. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Otros seguros privados

Los cuadros de las dos próximas páginas le brindan información sobre cómo trabajan otros seguros o si se verán afectados por la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D).

Cobertura de empleador o sindicato—Cobertura de salud para usted, su cónyuge u otro familiar de su empleador anterior o actual o sindicato. Si tiene cobertura de medicamentos basada en su empleo actual o antiguo, su empleador o sindicato le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es válida. **Guarde estas notificaciones.** Si desea más información llame a su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio. **Nota:** Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, usted, su cónyuge o sus dependientes podrían perder la cobertura médica que tienen a través de un empleador o sindicato.

COBRA—Es una ley federal que podría permitirle que mantenga la cobertura médica de su empleador o el de su cónyuge, una vez que su empleo se haya terminado, o después de haber perdido su cobertura como dependiente de un empleado. Tal y como se explica en la página 22, hay varios motivos por los que debería aceptar la Parte B en vez de o además de COBRA. Sin embargo, si acepta COBRA con [cobertura válida de medicamentos](#), se le dará un período especial de inscripción para que se inscriba en un plan Medicare de medicamentos recetados sin que tenga que pagar la multa una vez que termine la cobertura de COBRA. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para averiguar si COBRA es una buena opción para usted. El número de teléfono aparece en las páginas 123–126.

Pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) con cobertura de recetas médicas—Las pólizas Medigap ya no pueden venderse con la cobertura de las recetas médicas, pero si usted tiene una póliza Medigap que cubre los medicamentos, puede quedársela. Sin embargo, tal vez le convenga más inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados porque la mayoría de la cobertura de las recetas médicas de las pólizas Medigap no es considerada cobertura válida de medicamentos. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda con la póliza Medigap, la compañía de seguro Medigap debe quitar la parte correspondiente a la cobertura de medicamentos de la póliza y reducir la [prima](#). Si desea más información llame a su compañía de seguro Medigap.

Nota: Guarde cualquier notificación de cobertura válida. Tal vez la necesite si decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados más tarde. No envíe cartas o certificados de cobertura válida a Medicare.

Otros seguros del gobierno

Los tipos de seguro mencionados en esta página se consideran como **cobertura válida de medicamentos**. Si tiene alguno de estos seguros, en la mayoría de los casos, le convendrá quedarse con dicha cobertura.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Seguro Médico para Empleados Federales (FEHBP por su sigla en inglés)—Cobertura de servicios médicos para los empleados y jubilados federales y sus familiares. Los planes FEHB suelen incluir cobertura de medicamentos recetados, por lo que no necesita inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas. Sin embargo, si decide inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, puede quedarse con su plan de FEHBP y el plan le informará quién paga primero. Si desea más información comuníquese con la Oficina de Administración de Personal llamando al 1-888-767-6738, o visite www.opm.gov/insure. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-878-5707. Si tiene preguntas también puede llamar a su plan.

Beneficios para Veteranos—Seguro médico para los veteranos de guerra y de las fuerzas militares. Tal vez pueda obtener la cobertura de sus medicamentos a través del programa del Departamento de Asuntos para Veteranos (VA). Usted puede inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados, pero si lo hace, no podrá usar ambos tipos de cobertura para la misma receta. Si desea más información llame a VA al 1-800-827-1000, o visite www.va.gov. TTY deben llamar al 1-800-829-4833.

Beneficios para Militares (TRICARE)—Es un seguro médico para militares en servicio activo, militares jubilados y sus familias. **La mayoría de los beneficiarios de TRICARE que son elegibles para la Parte A, deben tener la Parte B para poder quedarse con la cobertura de recetas médicas de TRICARE.** Si tiene TRICARE, no necesita inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados. Si lo hace, el plan de medicamentos de Medicare pagará primero y TRICARE será el pagador secundario. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage que ofrece la cobertura de las recetas médicas, TRICARE y el Plan Medicare Advantage coordinarán los beneficios si la farmacia de la red del plan también es una farmacia de la red de TRICARE. Si desea más información, comuníquese con el Programa Farmacéutico de TRICARE llamando al 1-877-363-1303, o visite www.tricare.mil/mybenefit. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-540-6261.

Servicios de Salud para Indígenas—Servicios médicos para los indio-americanos y nativos de Alaska. Muchas de estas clínicas participan en el programa de medicamentos recetados de Medicare. Si obtiene sus medicamentos de una farmacia de salud para indígenas, no tiene que pagar nada y su cobertura no tendrá interrupción. Si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados podría ayudar a su proveedor de servicios de salud para indígenas con los costos de los servicios, porque el plan pagaría una parte del precio de cada medicamento. Hable con su coordinador de beneficios médicos para indígenas para que le ayude a escoger un plan que responda a sus necesidades y le informe cómo funciona Medicare con su servicio de salud.

Cómo trabajan los otros seguros con Medicare

Cuando usted tiene otro seguro (como el de su empleador o sindicato), hay normas para decidir si Medicare o su otro seguro paga primero. Al seguro que paga primero se le conoce como “pagador primario” y paga hasta el límite de su cobertura. El otro es el “pagador secundario”, sólo paga si queda algún costo pendiente que el pagador primario no haya pagado. El pagador secundario podría no pagar por todos los costos que no estén cubiertos por su plan.

Si su otro seguro proviene de su empleador o sindicato, se aplican estas normas:

- Si usted tiene cobertura de **jubilado**, Medicare paga primero.
- Si su cobertura proviene de su **empleador actual** o de un miembro de su familia, el que paga primero dependerá de su edad, la cantidad de empleados que tenga el empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, por una incapacidad o porque tiene una Enfermedad Renal Terminal ESRD:
 - Si tiene menos de 65 años y está incapacitado y usted o su familiar están trabajando, su plan paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge está trabajando, su plan paga primero si su empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador de su plan de empleadores múltiples, tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare porque padece de ESRD, su plan paga primero en todos los casos durante los 30 primeros meses que usted tenga Medicare.

Los seguros siguientes siempre pagan primero:

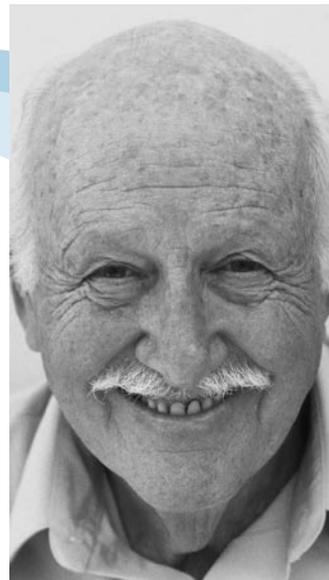
- Seguro sin parte culpable (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Seguro médico para mineros (“pulmón negro”)
- Seguro de accidente de trabajo (“compensación al trabajador”)

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Sólo pagan después de que Medicare, su plan de salud grupal y/o Medigap hayan pagado.

Si desea más información, consulte “Medicare y otros beneficios médicos: Su guía sobre quién paga primero” en <http://go.usa.gov/caW>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otro seguro dígaselo a su médico, hospital y a su farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero, o necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame al Contratista de Coordinación de Beneficios de Medicare al 1-800-999-1118. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-318-8782. Tal vez deba darle a su otro seguro su número de Medicare (después de haber confirmado la identidad) para que sus cuentas se paguen correctamente y a tiempo.

Obtenga ayuda con sus gastos médicos y de medicamentos



La Sección 3 incluye información sobre:

Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos recetados (Parte D)	86
Programas de Ahorros de Medicare	90
Medicaid	91
Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)	91
Programas de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE)	92
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	92
Programas para los que viven en los territorios de los Estados Unidos	92
Seguro médico para los niños.	92



Guarde toda la información que reciba de Medicare, del Seguro Social, de su plan médico o de medicamentos de Medicare, Medigap o del seguro de su empleador o sindicato. Esta información puede incluir cartas en las que le otorgan o niegan un beneficio, el Aviso Anual de Cambio, la notificación sobre la **cobertura válida de medicamentos** o el Resumen de Medicare. Para solicitar los programas que mencionamos en esta sección, necesitará estos documentos.

Programas para personas con ingresos y recursos limitados

Si usted es una persona con recursos e ingresos limitados podría ser elegible para recibir ayuda para pagar por el cuidado de su salud y sus medicamentos.

Las Islas Vírgenes, Guam, Samoa America, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Estado Libre Asociado de las Islas Marianas del Norte les brindan ayuda a sus residentes para pagar por los medicamentos cubiertos por Medicare. Esta ayuda no es igual que la [Ayuda Adicional](#) descrita a continuación. Si desea más información, consulte la página 92.



Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D)

Usted podría ser elegible para recibir la Ayuda Adicional, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) para pagar por su cobertura de medicamentos si su ingreso anual y sus recursos están por debajo de los límites establecidos para el 2010:

- Para una persona soltera—Ingresos por debajo de \$16,335 y recursos menores a \$12,640.
- Para una persona casada que vive con su cónyuge y sin otros dependientes—Ingresos por debajo de \$22,065 y recursos menores a \$25,260.

Estas cantidades pueden cambiar en el 2012. Usted podría ser elegible aun si su ingreso es más (por ejemplo si sigue trabajando, vive en Alaska o Hawai o tiene dependientes que viven con usted). Los recursos incluyen el dinero que tenga en una cuenta corriente o en una cuenta de ahorro, acciones y bonos. Los recursos **no** incluyen su vivienda, automóvil, la sepultura y hasta \$1,500 para gastos de entierro (por persona), muebles y otros artículos del hogar o el seguro de vida.

Si es elegible para la Ayuda Adicional y se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, obtendrá:

- Ayuda para pagar la [prima](#) mensual del plan, el [deducible](#) anual y el [coseguro](#) y [copagos](#)
- No hay interrupción en la cobertura.
- No tiene que pagar la penalidad por inscripción tardía.

Usted califica **automáticamente** para recibir Ayuda Adicional si tiene Medicare y cumple estos requisitos:

- Tiene la cobertura completa de Medicaid.
- Recibe ayuda de Medicaid para pagar por las primas de la Parte B (en un Programa de Ahorros de Medicare).
- Usted recibe los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) (continuación)

Para informarle que usted es elegible automáticamente para recibir [Ayuda Adicional](#), Medicare le enviará una carta en papel púrpura que usted debe guardar. Si recibió la carta no tendrá que solicitar Ayuda Adicional.

- Si aún no se inscribió en el plan, Medicare lo hará por usted para asegurarse que obtenga dicha cobertura. Si lo inscribe le enviará una carta en papel amarillo o verde avisándole la fecha en que comienza su cobertura.
- Cada plan cubre distintos medicamentos. Averigüe si el plan en el que está inscrito cubre los medicamentos que necesita y si puede comprarlos en la farmacia que desea. Compárelo con otros planes de su zona.
- Si recibe Ayuda Adicional, puede cambiarse de plan en cualquier momento. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.
- Si tiene Medicaid y vive en una [institución](#) (como un asilo para ancianos), no pagará nada por los medicamentos cubiertos por Medicare.

Si no desea inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados (porque por ejemplo tiene cobertura de un empleador o sindicato), llame al plan mencionado en la carta o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048. Dígalos que no quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados (que usted “opta por no hacerlo”). Si aún es elegible para recibir Ayuda Adicional, o si la cobertura de su empleador o sindicato es [cobertura válida de medicamentos](#), no pagará la penalidad por inscripción tardía.



Si tiene cobertura de su empleador o sindicato y se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados, puede perder la cobertura de medicamentos de su plan grupal de empleador o sindicato y tal vez la cobertura médica de dicho plan aun si es elegible para la Ayuda Adicional. Sus dependientes también podrían perder la cobertura. Llame al administrador de beneficios de su empleador para obtener más información antes de inscribirse.



Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) (continuación)

Si no es elegible automáticamente para recibir **Ayuda Adicional**, puede solicitarla:

- Visitando www.socialsecurity.gov para solicitarla en línea (Internet).
- Llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213 para solicitarla por teléfono o para pedir la solicitud impresa. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.
- Solicitándola en la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Para obtener el teléfono llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y diga “Medicaid”. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov.

Nota: Usted puede solicitar la Ayuda Adicional en cualquier momento. Con su autorización, el Seguro Social le enviará información a su estado para dar inicio al proceso de solicitud de los beneficios del Programa de Ahorros de Medicare. Vea la página 90.



Los costos de los medicamentos en el 2011 para la mayoría de la gente elegible no serán más de \$2.50 por cada medicamento genérico y \$6.30 por cada medicamento de marca. Fíjese en las cartas que le mandan sobre la Ayuda Adicional o comuníquese con su plan para averiguar el precio exacto.

Para obtener respuesta a sus preguntas sobre la Ayuda Adicional y para que le ayuden a escoger un plan, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el teléfono en las páginas 123–126. También puede llamar al 1-800-MEDICARE.

Pague la cantidad correcta

Medicare recibe información de su estado o del Seguro Social en la que le indican si usted es elegible para recibir Ayuda Adicional. Si Medicare no tiene la información correcta, tal vez le cobren a usted un precio equivocado por la cobertura de sus recetas médicas.

Si es elegible automáticamente puede mostrarle a su plan de medicamentos la carta de color púrpura, amarilla o verde que le envió Medicare como prueba de que le dieron la Ayuda Adicional. Si solicitó Ayuda Adicional, puede mostrar la carta que le envió el Seguro Social (“Aviso de Aprobación”) como prueba de su elegibilidad.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus recetas médicas (Parte D) (continuación)

Pague la cantidad correcta (continuación)

También le puede mostrar a su plan **cualquiera** de los documentos (“mejor evidencia disponible”) que mencionamos a continuación, como prueba de que es elegible para la [Ayuda Adicional](#). El plan debe aceptar estos documentos. Cada uno de estos documentos demuestra que fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio de 2010.

Prueba de que tiene Medicaid y vive en una institución	Otros comprobantes de que tiene Medicaid
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una factura de la institución (como del asilo para ancianos) o una copia de un documento estatal donde se indique que Medicaid ha pagado por lo menos por un mes ▪ Una impresión de la pantalla del sitio Web de Medicaid de su estado donde se indique que usted vivió en una institución por lo menos por un mes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copia de la tarjeta de Medicaid (si la tuviera) ▪ Copia de un documento estatal que demuestre que usted tiene Medicaid ▪ Copia impresa del formulario electrónico estatal de inscripción o una impresión de la pantalla del computador donde se indica que usted tiene Medicaid ▪ Cualquier otro documento de su estado que indique que usted tiene Medicaid

Si aún no se ha inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados y pagó por sus medicamentos, dado que es elegible para recibir Ayuda Adicional, usted podrá recuperar parte de lo que ha pagado. **Guarde los recibos** y llame al Programa de Transición de Medicare para las Personas con Ingresos Limitados Elegibles Recientemente (NET) al 1-800-783-1307 para más información. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-801-0369.

Si desea más información, visite <http://go.usa.gov/cOj> para consultar la hoja informativa “¿Está pagando la cantidad correcta por sus medicamentos?”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirles que le manden una copia. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Programas de ahorros de Medicare (ayuda para pagar los costos de Medicare)

Los estados tienen programas que pagan las **primas** de Medicare y, en algunos casos, también pueden pagar los **deducibles** y **coseguros** de las Partes A y B de Medicare. Estos programas ayudan a los beneficiarios de Medicare a ahorrar dinero cada año.

Para ser elegible, debe cumplir todas las condiciones siguientes:

- Debe tener la Parte A
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,246 y sus recursos deben ser menos de \$6,680 si es soltero
- Su ingreso mensual no debe exceder \$1,675 y sus recursos deben ser menos de \$10,020 si está casado y vive con su cónyuge

Nota: Estas cantidades pueden cambiar cada año. Muchos estados calculan sus recursos e ingresos de manera diferente, otros tal vez no tengan límites de ingresos y recursos, de modo que usted podría ser elegible en su estado aun si sus ingresos y recursos son más altos. Los recursos incluyen el dinero que tenga en cuentas de ahorro o cuentas corrientes, acciones o bonos, pero no incluyen su automóvil, su vivienda, el terreno para su sepultura y el dinero para gastos de entierro hasta el límite estipulado por su estado, muebles y otros.

Para más información

- Llame o visite la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid). Dado que los nombres de estos programas pueden variar en cada estado, pida información sobre los Programas de Ahorros de Medicare. Es importante que llame si cree que reúne los requisitos para cualquiera de ellos, aun si no está seguro.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para conseguir el número en su estado. Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Visite <http://go.usa.gov/cOD> para ver la publicación, “Ayuda con sus costos de Medicare: Comencemos”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le manden una copia.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece en las páginas 123–126.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Ciertos beneficiarios cumplen los requisitos para Medicare y Medicaid (se les conoce como “doblemente elegibles”).

- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid casi todos los costos de sus servicios médicos están cubiertos. Usted puede inscribirse en el Medicare Original o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) para obtener los beneficios de Medicare.
- Si usted tiene Medicare y los beneficios completos de Medicaid, Medicare le brindará la cobertura de los medicamentos recetados en vez de Medicaid. Sin embargo, Medicaid pagará por algunos medicamentos y otros servicios que Medicare no cubre.
- Los programas Medicaid varían en cada estado. También pueden tener distintos nombres, como “Ayuda Médica” o “Medi-Cal”.
- Las personas que tiene Medicaid podrían tener cobertura de ciertos servicios que Medicare no cubre totalmente, como los servicios del asilo para ancianos o de una agencia de cuidado de la salud en el hogar.
- Cada estado tiene diferentes criterios de elegibilidad así como límites de ingresos y recursos. Los límites de ingresos para Medicaid varían de un estado a otro.
- En algunos estados, para ser elegible para Medicaid debe tener Medicare.
- Llame a la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid) para averiguar si es elegible y para obtener más información. Visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono de su Oficina Estatal de Ayuda Médica. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs por su sigla en inglés)

Varios estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica que ayudan a ciertos beneficiarios a pagar por sus medicamentos recetados basándose en sus necesidades económicas, su edad o problema médico. Cada SPAP tiene sus propias normas de cobertura. Según su estado, el SPAP tendrá maneras diferentes de pagar por sus recetas médicas. Para averiguar cuáles son los SPAP en su estado, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), el número de teléfono aparece listado en las páginas 123–126.

PACE (Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos)

PACE es un programa de Medicare y Medicaid ofrecido en muchos estados, y que les permiten a las personas que necesitan servicios de enfermería en el hogar, que permanezcan en sus comunidades. Para más información consulte la página 71.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

La Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) es un beneficio mensual que se paga en efectivo por el Seguro Social a las personas de ingresos y recursos limitados que están incapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI le dan dinero en efectivo para cubrir las necesidades básicas de alimentos, ropa y vivienda. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Si desea más información, visite www.socialsecurity.gov y use la “Herramienta de Evaluación de Elegibilidad de Beneficios” para averiguar si reúne los requisitos para obtener SSI u otros beneficios. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 o vaya a la oficina local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

Nota: Las personas que viven en Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam o Samoa Americana generalmente no pueden obtener el beneficio de SSI.

Programas para las personas que viven en los territorios de los Estados Unidos

Son programas para los residentes de Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana con ingresos y recursos limitados que les ayudan a pagar sus costos de Medicare. Los programas varían en estos lugares. Llame a la Oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid) para averiguar sobre los criterios de elegibilidad. Visite www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para más información. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.



Seguro médico para los niños

¿Tiene usted niños o nietos que necesiten un seguro médico? El Programa de Seguro Médico para Niños ofrece cobertura médica a bajo costo para los niños de familias que ganan demasiado como para ser elegibles para Medicaid pero que no pueden pagar un seguro privado.

En muchos estados, los niños de 18 años o menores que no estén asegurados y cuyas familias ganen hasta \$44,500 por año (una familia de cuatro integrantes), son elegibles para un seguro médico gratuito o de muy bajo costo, que paga por las visitas médicas, el cuidado dental, los medicamentos, hospitalizaciones y más. Llame al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) o visite www.insurekidsnow.gov para conseguir más información.

Prótegase y proteja a Medicare



La Sección 4 incluye información sobre:

Sus derechos si tiene Medicare 94

Sus derechos si su plan deja de participar en Medicare 94

Las apelaciones 95

El Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN) 101

Cómo usa Medicare su información personal 102

Protéjase del robo de identidad 104

La Patrulla Medicare de Beneficiarios de la
Tercera Edad (SMP) 105

Protéjase y proteja a Medicare del fraude 105

Cómo lo protege Medicare 107

El Intermediario de Medicare para el beneficiario 108



Sus derechos si tiene Medicare

Independientemente del tipo de plan Medicare que tenga, usted tiene ciertos derechos. Como beneficiario de Medicare, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento
- No ser discriminado
- Tener acceso a médicos, especialistas y hospitales
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre Medicare
- Conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre el mismo
- Obtener información de Medicare, sus proveedores y en ciertas circunstancias contratistas en un lenguaje claro y sencillo
- Obtener servicios de emergencia en el momento y lugar en que los necesite
- Obtener una decisión sobre el pago de su atención médica o servicios o sobre la cobertura de sus medicamentos
- Apelar (obtener una revisión) ciertas decisiones sobre el pago de su atención médica, servicios o cobertura de sus medicamentos recetados
- Presentar quejas, incluidas aquellas relacionadas con la calidad de la atención
- Que su información personal sea confidencial



Sus derechos si su plan deja de participar en Medicare

Los planes de salud y de medicamentos de Medicare pueden decidir que el año próximo no participarán en el programa Medicare. A los planes que decidan retirarse de Medicare por completo o solamente en ciertas áreas se los considera como planes que “no han renovado” su participación. En estos casos, el plan le enviará una carta sobre sus opciones y usted tendrá derecho a inscribirse en otro [plan Medicare](#).

Si desea continuar con la cobertura de la Parte D o con un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), tendrá que inscribirse en un plan para el próximo año. Debe inscribirse en un nuevo plan de Medicare para el 31 de diciembre para asegurarse de que la cobertura empiece el 1 de enero. Si no se inscribe para el 31 de diciembre, continuará con la cobertura del Medicare Original a partir del 1 de enero.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.



Sus derechos si su plan deja de participar en Medicare (continuación)

Su [plan Medicare](#) le enviará una carta sobre sus opciones. Usted tendrá hasta el 31 de enero de 2011 para escoger e inscribirse en otro plan Medicare.

- Por lo general, si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, regresará automáticamente al Medicare Original si no escoge otro Plan Medicare Advantage. También tendrá derecho a comprar ciertas pólizas Medigap. Si regresa al Medicare Original, puede también inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.
- Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados, tendrá derecho a inscribirse en otro plan de medicamentos o en un Plan Medicare Advantage que ofrezca la cobertura de las recetas médicas. Si no se inscribe en un plan nuevo, no tendrá la cobertura de las recetas médicas (Parte D).

¿Qué es una apelación?

Una apelación es un recurso que puede usar cuando no está de acuerdo con una decisión sobre el pago o cobertura de un servicio tomada por Medicare o por su plan. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega:

- Un servicio, suministro o medicamento recetado y usted cree que deberían cubrirlo
- El pago de un servicio o medicamento recetado que usted recibió
- Un pedido de cambio del precio que tiene que pagar por un medicamento

También puede apelar si Medicare o su plan **deja de pagar o de brindarle** un servicio o suministro que usted piensa que aún necesita.

Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor o suplidor que le facilite cualquier información que pudiera servirle para su caso.

Cómo apelar

El modo de solicitar una apelación depende del tipo de cobertura Medicare que tenga:



- Si está inscrito en el Medicare Original, puede apelar siguiendo estas instrucciones:

1. Obtenga el Resumen de Medicare (MSN) que muestra el suministro o servicio por el que está apelando. Su MSN es el informe que recibe cada tres meses en donde se listan todos los servicios que recibió y le indica si Medicare pagó por ellos. Vea las páginas 52–53.
2. Haga un círculo alrededor del artículo o servicio que aparece en el Resumen de Medicare con el que está en desacuerdo y detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo.
3. Firme el Resumen de Medicare, incluya un número de teléfono y su número de Medicare en el MSN. Haga una copia y guárdela en su expediente personal.
4. Envíe el Resumen de Medicare o una copia del mismo a la dirección del contratista de Medicare que aparece en el MSN. También puede enviar información adicional que tenga y que ayude a su caso.
5. Usted debe apelar la decisión dentro de los 120 días de la fecha en que recibe el MSN. Si desea apelar, asegúrese de leer su MSN detalladamente y siga las instrucciones. También puede usar el formulario de CMS 20027 y enviárselo al contratista mencionado en su MSN. Visite www.medicare.gov/medicareonlineforms para ver o imprimir el formulario. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Generalmente recibirá la decisión del contratista de Medicare (en una carta o en el Resumen de Medicare) dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud.

- Si está inscrito en un [plan de salud de Medicare](#), puede aprender como someter una apelación revisando los documentos que le manda el plan cada año, visitando <http://go.usa.gov/caZ> para consultar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE y pedir que le manden una copia.
- Si está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados, lea los documentos del plan, llámelos o consulte las páginas 98–100 para averiguar cómo apelar.

En algunos casos podrá solicitar una apelación acelerada. Vea la página 97.

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) si necesita ayuda para apelar. Encontrará el número de teléfono en las páginas 123–126.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Su derecho a una apelación acelerada

Si está recibiendo servicios cubiertos por Medicare en un hospital, un centro de enfermería especializada, una agencia de cuidado de la salud en el hogar, un centro ambulatorio de rehabilitación completa o en un hospicio, tendrá derecho a una apelación acelerada si cree que sus servicios fueron terminados antes de tiempo. Usted recibirá un aviso del médico antes de que terminen los servicios en el que le explican cómo solicitar una apelación acelerada. Si no recibe el aviso, pídale. Si solicita una apelación acelerada, usted obtendrá una revisión acelerada de médicos independientes, conocidos como [Organización para el Mejoramiento de Calidad](#) (QIO) que decidirán si los servicios deben continuar.

- Pída a su médico toda información que pudiera ayudar a su caso.
- También puede llamar a la Organización para el Mejoramiento de Calidad local y solicitar una apelación acelerada a más tardar para la hora indicada en el aviso que le entrega su proveedor. Llame al número de su QIO en su estado que aparece en el aviso.
- Si se le ha pasado el período de tiempo límite para presentar la apelación, continuará teniendo el derecho a apelar:
 - Si está inscrito en el Medicare Original, llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) local.
 - Si está inscrito en un [plan de salud de Medicare](#) llame al plan. Para conseguir el número de teléfono, consulte los documentos del plan.



También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de su QIO local, o visitar www.medicare.gov. Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048.



El derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos recetados

Si usted tiene la cobertura de recetas médicas de Medicare (Parte D), tiene derecho a tomar las medidas siguientes (aun antes de haber comprado un medicamento específico):

- Obtener una explicación por escrito (llamada “determinación de cobertura”) de su plan de medicamentos recetados. Esta es la primera decisión tomada por su plan (no por la farmacia) sobre su cobertura, que incluye si un determinado medicamento está cubierto, si ha cumplido con los requisitos para recibir el medicamento recetado, cuánto debe pagar por dicho medicamento y si hará una excepción a la regla cuando usted la pida.
- Pídale al plan una “excepción” si usted y su médico (o cualquier proveedor de salud autorizado legalmente para recetar medicamentos) cree que necesita un medicamento que no está en la lista de medicamentos (formulario) cubiertos por el plan.
- Solicite una “excepción” si usted y su médico creen que una norma de cobertura (como por ejemplo la de la autorización previa) no debería aplicarse.
- Solicite una “excepción” si cree que debería pagar menos por un medicamento que se encuentra en un nivel (categoría superior) o sea un precio más caro, porque usted o su médico piensa que no puede tomar un medicamento de un nivel inferior para tratar la misma condición.

Usted o su médico deben comunicarse con el plan para solicitar una determinación de cobertura o una excepción. Si la farmacia de la red del plan no puede venderle un medicamento como fue recetado, el farmacéutico debe entregarle o mostrarle un aviso en el que le explican cómo comunicarse con su plan de recetas médicas para hacer el pedido. Si la farmacia no le entrega el aviso, pídaselo.

El derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos recetados (continuación)

Usted o su médico pueden presentar una solicitud estándar por teléfono o por escrito, si está pidiendo un beneficio de medicamentos que todavía no ha recibido. Si está pidiendo el reembolso del pago de un medicamento, usted o su médico deben solicitarlo por escrito.

Usted o su médico pueden llamar o escribirle al plan para solicitar una apelación acelerada. Su pedido se procesará en forma acelerada si el médico o el plan determinan que su vida o su salud corren peligro si tiene que esperar.



Si está solicitando una excepción, su médico debe enviar una justificación explicando los motivos médicos por los que deberían otorgarle la excepción.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene derecho a apelar. Hay cinco niveles de apelación disponibles. El primer nivel es apelar a su plan. Una vez que el plan de Medicare recibe su apelación tiene 7 días (para una apelación estándar) o 72 horas (para una apelación acelerada) para notificarle la decisión. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede pedir una evaluación independiente de su caso. La carta con la decisión del plan también le explicará el próximo nivel de apelación.

El derecho de apelación en los planes Medicare de medicamentos recetados (continuación)

Usted puede obtener ayuda para apelar de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El número de teléfono aparece listado en las páginas 123–126.

Si su plan no responde a su pedido de determinación de cobertura, de excepción o a su apelación, usted puede presentar una queja. También puede llamar a su plan o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de **TTY** deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si desea más información sobre sus derechos y sobre los distintos niveles de apelación, visite <http://go.usa.gov/cOZ> y consulte “Su guía para la cobertura de recetas médicas de Medicare”, o llame al 1-800-MEDICARE y pida que le manden una copia.



Aviso al Beneficiario por Adelantado (ABN por su sigla en inglés)

Si está en el Medicare Original, su proveedor o suplidor puede darle un aviso llamado “Aviso al Beneficiario por Adelantado de Falta de Cobertura” (ABN).

- Este aviso le indica que Medicare probablemente (o con seguridad) no pagará por algunos servicios en ciertas situaciones.
- Le pedirán que decida si quiere recibir los servicios mencionados en el ABN.
- Si decide obtener dichos servicios tendrá que pagar por ellos si Medicare no lo hace.
- Le pedirán que firme el ABN indicando que ha leído y entendió el contenido del ABN.
- Un ABN no es una denegación oficial de cobertura de Medicare. Usted puede recibir los servicios listados en el ABN y solicitarle a su proveedor de servicios de salud que envíe una reclamación a Medicare o a su otro seguro. Si el pago es denegado, puede apelar la decisión. Sin embargo, usted tendrá que pagar por los artículos o servicios por los que está apelando si es que Medicare determina que dichos artículos o servicios no están cubiertos (y no tiene otro seguro que sea responsable por el pago).
- También puede recibir un ABN por otros motivos, tales como cuando su médico reduce los servicios para el cuidado de la salud en el hogar.
- Si usted tendría que haber recibido un ABN y no lo hizo, en la mayoría de los casos Medicare obligará al proveedor a que le reembolse el dinero que usted pagó por el servicio o suministro.

Si está inscrito en un [plan de Medicare](#), llame al plan para averiguar si un determinado servicio o suministro será cubierto.

Si desea más información sobre los ABN visite <http://go.usa.gov/caZ> y consulte la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare”. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de [TTY](#) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Cómo usa Medicare su información personal

Usted tiene derecho a que su información personal y la de su salud se mantengan en total confidencialidad. Las dos próximas páginas indican cómo su información puede usarse y divulgarse, y cómo puede obtenerla.

Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Medicare Original

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE USARÁ O DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA, LÉALO ATENTAMENTE.

Por ley, Medicare debe proteger su información personal. También le debe entregar este aviso para explicarle cómo usará o divulgará su información médica.

Medicare usará su historial médico para brindarle información a:

- Usted u otra persona que actúe como su representante legal,
- La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuese necesario, para garantizar que su privacidad esté protegida
- Cuando la ley así lo requiera

Medicare tiene derecho a usar o divulgar su información médica para pagar por su atención o para operar el programa Medicare. Por ejemplo:

- Las compañías de seguro de Medicare usan su información médica para pagar o denegar las reclamaciones, para cobrar las **primas**, para compartir sus beneficios de pagos con otros seguros o para preparar el Resumen de Medicare.
- Medicare podría usarla para asegurarse que usted y otros beneficiarios obtengan cuidados de calidad, para brindar servicio al cliente, para solucionar cualquier problema que tenga o para comunicarse con usted para un proyecto de investigación.

Medicare puede usar o divulgar su información médica para los propósitos siguientes y en circunstancias limitadas:

- A las agencias estatales o federales que tengan derecho legal a recibir información de Medicare (por ejemplo para asegurarse que Medicare esté haciendo los pagos apropiados y para los programas federales/estatales Medicaid)
- Para actividades relacionadas con la salud pública (el brote de una enfermedad)
- Para el control de actividades del gobierno relacionadas con el cuidado de la salud (por ejemplo investigaciones sobre fraude y abuso)
- Para procesos judiciales y administrativos (respuesta a una orden judicial)
- Para garantizar el cumplimiento de la ley (por ejemplo brindar información limitada para localizar una persona desaparecida)
- Para trabajos de investigación, incluidas las encuestas que cumplan con los requisitos legales de privacidad (investigación relacionada con la prevención de enfermedades o incapacidades)
- Para evitar una amenaza seria e inminente para la seguridad o la salud
- Para comunicarse con usted si hubiera cambios en sus beneficios de Medicare y
- Para crear un banco de información a través de la cual usted no pueda ser identificado

Por ley, Medicare debe obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito no especificado en este aviso. Usted puede revocar (“retirar”) su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado dicha información basándose en el permiso otorgado.

Por ley, usted tiene derecho a:

- Ver y pedir una copia de su información médica en poder de Medicare.
- Solicitar que se corrija su información médica si cree que está equivocada o si falta información y Medicare está de acuerdo. Si Medicare no está de acuerdo, usted puede agregar a su legajo una declaración donde exprese su desacuerdo.
- Obtener una lista de quienes recibirán de Medicare su información médica personal. La lista no indicará la información personal que se le haya proporcionado a usted o a su representante legal, y que fue divulgada para pagar por su cuidado, para el funcionamiento de Medicare o a los agentes que velan por el cumplimiento de la ley.
- Pedirle a Medicare que se comunique con usted de otra manera o en un lugar diferente (por ejemplo, enviándole materiales a un Apartado Postal (P.O. Box) en vez de a su casa.)
- Pedirle a Medicare que limite el modo en que se usa o se divulga su información médica para pagar las reclamaciones y para el funcionamiento del programa Medicare. Tenga presente que tal vez Medicare no esté de acuerdo con este pedido.
- Obtener una copia impresa de este aviso.

Visite www.medicare.gov para más información sobre:

- El ejercicio de sus derechos mencionados en este aviso.
- Cómo presentar una queja si usted cree que el Medicare Original ha violado sus derechos de privacidad. Si usted presenta una queja, sus beneficios de Medicare no se verán afectados.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener esta información. Pida por un representante de servicio al cliente y pregúntele sobre el aviso de privacidad de Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Usted puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr/privacy.

Por ley, Medicare debe cumplir con los términos del aviso de privacidad. Medicare tiene el derecho de cambiar el modo en que su información personal se usa o divulga, si lo hace, usted recibirá un aviso nuevo dentro de los 60 días del cambio.

El Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Medicare Original entró en vigencia el 14 de abril de 2003.

Nota: Si se inscribe en un [plan de Medicare](#), el plan le dirá cómo divulgará su información personal a otras entidades de acuerdo a lo estipulado por la ley, para el tratamiento, pago, operaciones médicas, investigación y otros propósitos.

Protéjase del robo de identidad

El robo de identidad es un delito grave. Ocurre cuando alguien usa su información personal sin su consentimiento para cometer un fraude u otro delito. Su información personal es por ejemplo, su nombre, número de Seguro Social, número de Medicare o el número de su tarjeta de crédito. No sea una víctima del robo de identidad, mantenga esta información en un lugar seguro.

Si usted piensa que alguien está usando su información personal sin su permiso, llame al departamento de policía local y a la línea para el robo de identidad de la Comisión Federal de Comercio al 1-877-438-4338 para hacer una denuncia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-653-4261.

Por lo general, ninguna persona puede llamar o ir a su casa sin ser invitado, para convencerlo de que se inscriba en un [plan de Medicare](#). No comparta su información personal con nadie que haga esto. **Sólo divulgue su información personal como su número de Medicare a médicos, proveedores, a los planes aprobados por Medicare, a cualquier seguro que pague los beneficios en su nombre, y a las personas de la comunidad que trabajan con Medicare, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) o al Seguro Social.** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si no está seguro si su proveedor está aprobado por Medicare. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Los planes de Medicare no pueden pedirle por teléfono información sobre su tarjeta de crédito o sobre su banco, a menos que usted sea miembro del plan. En la mayoría de los casos, los planes no pueden llamar para inscribirlo en el plan, usted debe llamarlos a ellos. **Llame al 1-800-MEDICARE para denunciar a cualquier plan que le solicite su información personal por teléfono o llame para que se inscriba en el plan.** También puede llamar al Contratista para la Integridad del Uso de los Medicamentos (MEDIC por su sigla en inglés) al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). El MEDIC combate el fraude, el desperdicio y el abuso en los Planes Medicare Advantage (Parte C) y en los Programas Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D). El MEDIC se compromete a trabajar con usted para prevenir las actividades fraudulentas contra el programa Medicare.

Si desea más información sobre el robo de identidad o si desea poner una queja por Internet, visite www.ftc.gov/idtheft. También puede visitar www.stopmedicarefraud.gov/fightback_brochure_rev.pdf y consultar el panfleto “El robo de su identidad médicas y el fraude a Medicare”.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

El Programa SMP (Patrulla de Personas de la Tercera Edad) puede ayudarle

El SMP educa a los beneficiarios de Medicare para que participen activamente en la detección y prevención del fraude y abuso en el sistema de salud. El programa SMP no sólo protege a los beneficiarios, sino que también preserva al programa Medicare. Hay un Programa SMP en cada estado, el Distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes estadounidenses y Puerto Rico. Comuníquese con su SMP local para obtener asesoría personalizada y para enterarse acerca de los eventos en su comunidad. Si desea información para localizar al programa SMP en su zona, visite www.smpresouce.org, o llame al 1-877-808-2468. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Protéjase y proteja a Medicare del fraude

La mayoría de los médicos, proveedores de la salud, farmacéuticos y planes que trabajan con Medicare son honestos. Desafortunadamente algunos no lo son. El fraude contra Medicare ocurre cuando se le cobra a Medicare por servicios o suministros que usted nunca recibió. Todos los años, este fraude ocasiona pérdidas a Medicare. Usted paga por ello, con [primas](#) más altas.

Recuerde estos consejos que le ayudarán a prevenir el fraude:

- ¡Haga preguntas! Usted tiene el derecho de saber todo lo relacionado con su salud incluidos los gastos que se le facturan a Medicare.
- Edúquese sobre Medicare. Conozca sus derechos y los servicios por los que el proveedor puede y no puede facturarle a Medicare.
- Sospeche de los proveedores que le dicen que un servicio o suministro generalmente no está cubierto pero que “ellos saben cómo cobrárselo a Medicare” para que lo pague.

Si sospecha que el [plan de Medicare](#) o el proveedor le ha dado información confusa o engañosa, llame al 1-800-MEDICARE.

Protéjase y proteja a Medicare del fraude (continuación)

Cuando reciba servicios médicos, anote las fechas y guarde los recibos y documentos que recibe del proveedor de la salud para ver si hubo errores. Estos documentos incluyen el Resumen de Medicare si usted tiene el Medicare Original, o un documento similar que liste los servicios o medicamentos que recibió.

Si piensa que hay un error, haga lo siguiente para averiguar cómo se facturó:

- Pídale a su médico o suplidor un informe detallado sobre cada servicio o suministro. Se lo debe entregar en un plazo de 30 días.
- Si está inscrito en el Medicare Original, revise su MSN para ver cuáles son los servicios que le cobraron a Medicare. Si está inscrito en un [plan de Medicare](#), pregúntele al plan.
- Visite www.MiMedicare.gov y vea sus reclamaciones. Sus reclamos generalmente están disponibles en línea 24 horas después de su procesamiento. Mientras más pronto revise y reporte los errores de informe, más pronto podremos detener el fraude. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sospecha de algún fraude a Medicare:

1. Llame a su proveedor de cuidado de salud para asegurarse si la factura es correcta.
2. Llame al 1-800-MEDICARE.
3. Llame a la línea gratuita del Inspector General 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-377-4950. También puede enviar un correo electrónico a HHSTips@oig.hhs.gov. **Aviso:** si vive en Florida o un médico o proveedor de Florida le cobró por un servicio, y usted sospecha que se cometió un fraude, llame a la línea de Florida para denunciar el fraude a Medicare al 1-866-417-2078. También puede enviar un correo electrónico a floridamedicarefraud@hp.com.
4. Llame al MEDIC al 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379) si está inscrito en un Plan Medicare Advantage o en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Para más información sobre cómo protegerse y proteger a Medicare, así como consejos para detectar y denunciar el fraude, visite www.stopmedicarefraud.gov o comuníquese con su programa SMP local. Vea la página 105.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Usted podría ganar dinero si lucha contra el fraude

Usted podría obtener una recompensa de hasta \$1,000 si cumple **todos** estos requisitos:

- Denuncia una sospecha de fraude a Medicare.
- El fraude que usted denuncia debe ser comprobado como fraude probable por el Contratista para Protección del Programa o por el Contratista Zonal de Integridad del Programa (contratistas de Medicare responsables por investigar el fraude y abuso potenciales), y referirlo formalmente como parte de un caso a la Oficina del Inspector General para que se siga investigando.
- Usted no es un “individuo excluido”. Por ejemplo, no participó en el fraude denunciado y no es elegible para cualquier otra recompensa de otro programa gubernamental.
- La persona u organización a la que está denunciando ya no está siendo investigada por las autoridades.
- Su denuncia permite recobrar por lo menos \$100 del dinero de Medicare.

Si desea más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Denuncie su sospecha de fraude a Medicaid

Usted puede denunciar el fraude en su Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Visite www.cms.gov/fraudabuseforconsumers. También puede denunciarlo llamando a la línea OIG Nacional al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477).

Cómo lo protege Medicare

Con la ayuda de los proveedores de la salud, suplidores, autoridades y ciudadanos decentes como usted, Medicare está mejorando su capacidad para prevenir el fraude y el robo de identidad. Medicare trabaja con otras agencias gubernamentales para proteger al Programa Medicare del fraude y para protegerlo a usted del robo de identidad. El Equipo de Prevención del Fraude a Medicare del Departamento de Justicia y del Departamento de Salud y Servicios Humanos es un equipo multi-agencia federal, estatal y de investigadores locales diseñado para combatir el fraude a Medicare a través del análisis de datos de Medicare y de las políticas comunitarias.

Estas agencias trabajan en forma conjunta para prevenir el fraude y velar por el cumplimiento de las leyes existentes contra el fraude en todo el país a través del Equipo para la Prevención del Fraude en la Asistencia Médica y el Cumplimiento de Medidas (HEAT por su sigla en inglés). En el 2009, como resultado de este esfuerzo, aproximadamente \$2.5 mil millones fueron depositados en el fondo fiduciario de Medicare, un aumento de \$569 millones comparado al año anterior.

Gracias a estos esfuerzos, algunos proveedores deshonestos fueron expulsado del programa Medicare y otros han ido a la cárcel. Estos esfuerzos le ahorran dinero a los contribuyentes y protegen a Medicare para el futuro.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Usted está protegido contra la discriminación

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare debe obedecer la ley. A usted no se le puede dar un trato diferente por su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, religión o sexo. Si usted cree que ha sido tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al número sin cargo 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Si desea más información, visite www.hhs.gov/ocr.

El Intermediario de Medicare está trabajando para usted

Un “intermediario” es una persona que evalúa los problemas y ayuda a resolverlos.

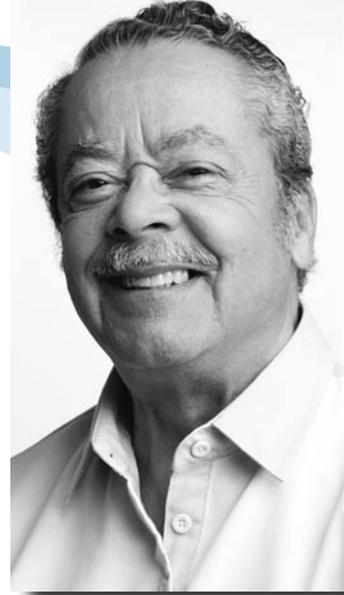
El Intermediario de Medicare se asegura de que tenga a su alcance la información disponible sobre:

- La cobertura de Medicare
- La información para tomar decisiones de salud acertadas
- Sus derechos y protecciones de Medicare
- Cómo resolver los problemas

El Intermediario analiza las inquietudes que usted le hace llegar llamando al 1-800-MEDICARE y a través del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).

Si desea más información sobre el Intermediario de Medicare, preguntas, quejas y lo que necesitan saber los beneficiarios de Medicare, visite www.medicare.gov/Ombudsman/resources.asp.

Planifique con anticipación



La Sección 5 incluye información sobre:

Planificación del cuidado a largo plazo	110
¿Cómo se paga por el cuidado a largo plazo?	110
Instrucciones anticipadas	113

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Planificación del cuidado a largo plazo

El cuidado a largo plazo incluye una gama de servicios tanto médicos como no médicos para las personas que padecen de enfermedades crónicas o incapacidades. La ayuda que no es cuidado médico consiste en ayuda de personal no especializado para realizar las tareas cotidianas como bañarse, vestirse, etc. **Medicare y la mayoría de los planes de salud, incluidas las pólizas Medigap (seguro suplementario a Medicare) no pagan por este tipo de cuidado, llamado “cuidado de compañía”.** Medicare sólo paga por el **cuidado necesario por razones médicas en un centro de enfermería especializada** o por el cuidado de la salud en el hogar, si usted cumple ciertos requisitos. El cuidado a largo plazo puede brindarse en el hogar, en la comunidad, en un centro de vida asistida o en un asilo para ancianos. Es importante que planifique el cuidado a largo plazo ahora para mantener su independencia y asegurarse de recibir el cuidado que necesite en el futuro.

¿Cómo se paga el cuidado a largo plazo?

Seguro de Cuidado a Largo Plazo—Este seguro privado paga por muchos tipos de cuidado a largo plazo, incluido el cuidado de compañía especializado y no especializado. Estos seguros varían significativamente. Algunas pólizas pueden cubrir sólo la atención en un asilo para ancianos. Otros tal vez cubran muchos servicios como un centro diurno para adultos, vida asistida, equipo médico y el cuidado informal en el hogar.

Nota: El seguro de cuidado a largo plazo no reemplaza su cobertura Medicare.

Su empleador antiguo o actual o sindicato podrían ofrecerle un seguro de cuidado a largo plazo. Los empleados federales en actividad y jubilados, los miembros activos o retirados de las Fuerzas Armadas y sus dependientes pueden solicitar la cobertura del Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo. Si tiene preguntas visite www.opm.gov/insure/ltc o llame al Programa Federal de Seguro de Cuidado a Largo Plazo al 1-800-582-3337. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-843-3557.

Recursos personales—Usted puede usar sus ahorros para pagar por el cuidado a largo plazo. Algunas compañías de seguro le permiten usar su seguro de vida para pagar por este cuidado. Pregúntele a su agente de seguro cómo funciona.

Otras opciones privadas—Además del seguro de cuidado a largo plazo y sus recursos personales, usted puede pagar por su cuidado a largo plazo a través de un fideicomiso o anualidad. La opción que le convenga más dependerá de su edad, su estado de salud, su riesgo de llegar a necesitar cuidado a largo plazo y su situación financiera. Si desea más información sobre sus opciones, visite www.longtermcare.gov.

¿Cómo se paga el cuidado a largo plazo? (continuación)

Medicaid—Es un programa conjunto federal y estatal que paga ciertos servicios médicos para las personas de bajos recursos e ingresos limitados. Si es elegible tal vez pueda obtener ayuda para pagar por el cuidado en un asilo para ancianos u otros costos de salud. Para obtener más información sobre Medicaid consulte la página 91.

Programas de servicios para el hogar y programas comunitarios—Si es elegible para Medicaid (en algunos estados podría ser elegible para la cobertura de Medicaid en un asilo para ancianos) podría obtener la ayuda disponible para pagar por los servicios que le permitan permanecer en su hogar en vez de vivir en un asilo para ancianos. Por ejemplo, ayuda para las tareas del hogar, el cuidado personal y el cuidado de relevo. Si desea más información comuníquese con la Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid). Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y diga “Medicaid” para obtener el número de teléfono, o visite www.medicare.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Beneficios para veteranos—El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) podría brindar cuidado a largo plazo para ciertos veteranos elegibles con incapacidades relacionadas con el servicio. VA también tiene un Programa para los confinados al hogar y el de Ayuda en efectivo para los veteranos elegibles y sus cónyuges, en vez de los servicios de ayudante para el hogar, asistencia con las actividades personales y otros servicios de ayuda para el hogar. Si desea información, llame a VA al 1-800-827-1000, o visite www.va.gov.

PACE (Cuidado Total de Salud para Ancianos)—PACE es un programa de Medicare y Medicaid que ofrece servicios en la comunidad para personas que de otro modo necesitarían el nivel de cuidado brindado en un asilo para ancianos. Vea la página 71 si desea más información.

NUEVO—El Programa de Servicios de Ayuda y Apoyo para Vivir en la Comunidad (CLASS por su sigla en inglés) es un programa nacional voluntario que le ayuda a pagar por los servicios y el apoyo necesario para que siga viviendo en su comunidad de manera independiente si queda discapacitado. Las personas mayores de 18 años que están trabajando podrán inscribirse en CLASS hacia finales del 2012, a través de deducciones a sus salarios o de inscripciones individuales. Los miembros que queden incapacitados (en cualquier momento después de un período de cinco años) y necesiten ayuda con las actividades cotidianas como comer, usar el baño, acostarse y levantarse, podrán obtener el beneficio que en promedio es de \$50 por día para pagar por ayuda para mantenerse independiente. Si desea información, hable con su empleador o con su administrador de beneficios.

¿Cómo se paga el cuidado a largo plazo? (continuación)

Recursos para el cuidado a largo plazo

Use los recursos siguientes para obtener información sobre el cuidado a largo plazo:

- Visite www.medicare.gov/LTCPlanning. También puede visitar www.medicare.gov/LTCPlanning o www.medicare.gov/HHCompare para comparar los asilos y agencias en su zona.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.longtermcare.gov para averiguar sobre la planificación del cuidado a largo plazo.
- Llame al Departamento Estatal de Seguro para obtener información sobre el seguro de cuidado a largo plazo. Llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 123–126.
- Llame a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros al 1-866-470-6242 para obtener una copia de “Una guía para los compradores de seguros de cuidado a largo plazo”.
- Visite el Localizador Eldercare en www.eldercare.gov para buscar el Centro de Recursos para Incapacitados y Ancianos local (ADRC). También puede llamar al 1-800-677-1116. El ADRC ofrece una gama amplia de servicio para el cuidado a largo plazo y de apoyo en un programa coordinado.



Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Instrucciones por anticipado

Las instrucciones por anticipado son documentos **legales** que le permiten expresar por escrito su voluntad sobre su atención médica, por si llegara el momento en que esté tan enfermo que no pueda hacerlo por usted mismo. Las instrucciones por anticipado por lo general incluyen:

- Un poder legal para decisiones médicas
- Testamento en vida
- Deseos para después de su muerte

Es importante que hable con sus familiares, amigos y médicos, pero estos documentos legales le garantizan que se cumplan sus deseos. Siempre es mejor pensar y tomar estas decisiones mientras esté sano.



Un poder legal es el que usted le otorga a una persona de su confianza para que legalmente tome las decisiones sobre su salud si llegado el momento usted no pudiera hacerlo. Este es un paso importante porque si repentinamente usted no puede tomar este tipo de decisión, la persona en la que usted confía y a quien le ha dado un poder legal lo hará por usted.

Un testamento en vida es otra manera de expresar sus deseos. Estipula cuál es el tratamiento médico que aceptaría o rechazaría si su vida corriera peligro. Diálisis para la insuficiencia renal, un respirador artificial si ya no puede respirar por usted mismo, CPR (resucitación cardiopulmonar) si su corazón y respiración se detienen, un tubo para alimentarlo si ya no puede comer, son algunos ejemplos de las decisiones que puede aceptar o rechazar.

En algunos estados, las instrucciones por anticipado también pueden incluir sus deseos para después de la muerte y las opciones sobre la donación de órganos y tejidos.

Instrucciones por anticipado (continuación)

Si usted ya tiene instrucciones por anticipado, revíselas para asegurarse de que está satisfecho con ellas y de que su representante legal aún desea llevar a cabo sus instrucciones. Averigüe cómo cancelarlas o actualizarlas en su estado si es que ya no reflejan sus deseos. Cada estado tiene sus propias leyes sobre las instrucciones por anticipado. La mayoría de ellos le permitirán combinarlas en un solo documento. Si desea más información, comuníquese con su proveedor de salud, un abogado, su Agencia Local de Envejecimiento, o su Departamento Estatal de Salud.

Consejos

1. Guarde el documento original de sus instrucciones anticipadas en un lugar donde las pueda encontrar fácilmente.
2. Entréguele una copia a la persona que nombró como representante y a sus familiares más cercanos.
3. Entréguele una copia a su médico para que la guarde en su expediente médico. También entregue una copia al hospital o al asilo para ancianos si viviera allí, o al centro de cirugía ambulatoria antes de cualquier procedimiento.
4. Lleve en su billetera una tarjeta que contenga sus instrucciones por anticipado.



Herramientas y recursos útiles



La Sección 6 incluye información sobre:

1-800-MEDICARE	116
Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	117
www.medicare.gov	118
www.MiMedicare.gov	118
Compare la calidad de los planes y proveedores	119
Administre su información médica electrónica	120
Publicaciones de Medicare	122
Los números de teléfono de SHIP	123



Si tiene preguntas o quejas sobre la calidad de los servicios cubiertos por Medicare, llame a su [Organización para el Mejoramiento de la Calidad \(QIO\)](#) local. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de las QIO. Los usuarios de [TTY](#) deben llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar www.medicare.gov.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga información las 24 horas del día, incluidos los fines de semana.

- Hable claramente, tenga a mano su tarjeta de Medicare y proporciónese su número de Medicare, de este modo reducirá el tiempo que le toma comunicarse con un agente. También le permitirá escuchar mensajes que podría afectar su cobertura lo que nos permitirá comunicarlo con un representante a la brevedad.
- Para dar su número de Medicare, diga claramente los números y letras uno por uno. También puede ingresarlo usando las teclas del teléfono. Use la tecla de asterisco para indicar cualquier lugar donde haya una letra. Por ejemplo si su número de Medicare es 000-00-0000A, usted debe marcar 0-0-0-0-0-0-0-0-0-*. El sistema automatizado de voz le preguntará cuál es la letra.
- **Diga “Agente” (*Agent*) en cualquier momento para hablar con un representante de servicio al cliente. O use el cuadro a continuación.** Si necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés o español, dígaselo al operador.

Si llama por...	Diga...
La cobertura de Medicare de recetas médicas	“Cobertura de medicamentos recetados”
Cuentas médicas o asuntos relacionados con facturas o apelación de una reclamación específica	“Reclamación” “Facturación”
Servicios preventivos cubiertos por Medicare	“Servicios Preventivos”
Ayuda adicional para pagar por la cobertura de sus medicamentos	“Ingreso limitado”
Formularios y publicaciones	“Publicaciones”
Números de teléfono de su oficina de Ayuda Médica Estatal (Medicaid)	“Medicaid”
Atención médica ambulatoria	“Servicio médico”
Visita al hospital o a la sala de emergencia	“Estadía en el hospital”
Oxígeno, silla de ruedas, andadores o suministros para diabéticos	“Suministros médicos”
Información sobre el deducible de la Parte B	“Deducible”
Servicios del asilo para ancianos	“Asilo para ancianos”

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (continuación)

Las personas que reciben beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario deberán llamar al 1-800-833-4455 para que les respondan las preguntas sobre los servicios y facturas de la Parte B.



Si desea que Medicare provea información personal sobre su salud a otra persona, debe autorizarlo por escrito. Puede llenar una “Autorización para divulgar información médica personal” en www.medicare.gov/medicareonlineforms u obtener el formulario llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Esta autorización permitirá que Medicare comparta su información con otros. Tal vez le convenga hacer esto ahora en caso de que no pueda hacerlo más adelante.

Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP por su sigla en inglés)

Estos son programas estatales que reciben dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita a las personas con Medicare. Los SHIP son programas independientes que no tienen conexión con ningún seguro o plan médico, los voluntarios de SHIP trabajan para ayudarlo con las inquietudes y preguntas siguientes:

- Sus derechos de Medicare
- Quejas sobre su atención o tratamiento médico
- Problemas con la facturación
- Opciones de planes

Si desea ser un asesor voluntario de SHIP, llame al SHIP de su estado para obtener información. El número de teléfono aparece en las páginas 123–126.

Obtenga la información que necesita por Internet

¿Necesita información general sobre Medicare?

Visite www.medicare.gov:

- Obtenga información detallada sobre los planes de salud y de medicamentos en su zona, los costos y los servicios que ofrecen.
- Busque médicos y proveedores que participen en Medicare.
- Averigüe lo que cubre Medicare y sobre los [servicios preventivos](#).
- Obtenga los formularios de Medicare e información sobre las apelaciones.
- Obtenga información sobre la calidad de los servicios de los planes, los asilos para ancianos, hospitales, agencias para el cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis.
- Obtenga números de teléfono y sitios Web importantes.
- Consulte las publicaciones de Medicare.

Si no tiene una computadora, su biblioteca local o el centro para personas de la tercera edad podrán ayudarle a obtener esta información. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). El teléfono aparece en las páginas 123–126.

¿Necesita información personalizada?

Inscríbase en www.MiMedicare.gov el servicio seguro de Medicare por Internet que le permite acceder a su información personal:

- Cree e imprima el “Informe Inmediato” con información que puede compartir con sus proveedores de la salud.
- Agregue o modifique su historial clínico como por ejemplo sus problemas de salud o alergias.
- Agregue o modifique la información sobre sus medicamentos y farmacia y fíjese en los costos de sus medicamentos.
- Haga una lista de sus proveedores preferidos y vea la información sobre la calidad de los servicios que prestan.
- Complete el Cuestionario de Inscripción Inicial para que sus facturas se paguen correctamente.
- Haga un seguimiento de sus reclamaciones por servicios médicos y pida el Resumen de Medicare.
- Fíjese en el estatus del pago del [deducible](#) de la Parte B.
- Vea la información sobre elegibilidad.
- Reciba avisos acerca de los servicios para los que puede ser elegible el próximo año.
- Busque un plan médico o de recetas médicas de Medicare.
- Acceda formularios, publicaciones y mensajes de Medicare electrónicamente.
- Inscríbase para recibir el manual “Medicare y Usted” electrónicamente (e-manual).



Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Compare la calidad de los planes y proveedores

Usted no siempre puede planificar con anticipación sobre sus necesidades médicas pero cuando pueda, tómese el tiempo para comparar. Medicare obtiene información sobre la calidad de los servicios brindados por la mayoría de los [planes de Medicare](#) y de otros proveedores, así como sobre las experiencias de las personas que reciben los servicios.

Compare la calidad de los servicios proporcionados por los planes de salud y de medicamentos y por los proveedores a nivel nacional, en www.medicare.gov o llamando al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 123–126.

Cuando usted, un familiar, amigo o asesor de SHIP visita el sitio Web de Medicare, debe escoger uno de los siguientes en el “Localizador de recursos”:

- “Planes de salud”
- “Planes Medicare de Medicamentos Recetados”
- “Centros de diálisis”
- “Agencias para el cuidado de la salud en el hogar”
- “Hospitales”
- “Asilos para ancianos”

Estas herramientas de búsqueda de www.medicare.gov le dan un panorama sobre la calidad de los servicios brindados por algunos planes y proveedores. Si desea más información al respecto:

- Pregúntele a su plan o a su proveedor qué hace para garantizar y mejorar la calidad de los servicios. Todo plan o proveedor debe tener una persona disponible para hablar con usted sobre la calidad de los servicios.
- Pregúntele a su médico qué opina sobre la calidad de los servicios brindados por su plan u otro proveedor de la salud. Hable con su médico sobre la información de Medicare acerca de la calidad de los servicios ofrecidos por los planes y proveedores.



Controle su información médica por Internet

Inclusive si usted no usa una computadora, hay nuevas maneras para que controle su información médica y mejorar la comunicación con sus proveedores de la salud. Esta tecnología (también conocida como Informática Médica o IT Médica) reduce el papeleo, los errores médicos y los costos. También puede mejorar la calidad de sus servicios y la coordinación de su atención médica.

Estos son algunos ejemplos de la IT Médica que pueden usar sus **proveedores de la salud**:

Receta electrónica (e-receta)—una manera para que su médico (o cualquier proveedor autorizado para recetarle medicamentos), envíe sus recetas directamente a la farmacia. Las recetas electrónicas pueden ahorrarle dinero, tiempo y mantenerlo seguro.



- Ya no tiene que llevar la receta a la farmacia y esperar por el medicamento. Sus medicamentos estarán listos cuando usted llegue.
- Los médicos pueden fijarse cuáles son los medicamentos que cubre su seguro y recetarle uno que cueste menos.
- Las recetas electrónicas son más fáciles de leer para el farmacéutico que las escritas a mano. Por lo tanto se reduce el margen de error en el medicamento o la dosis.
- Los médicos tendrán acceso seguro a su historial de medicamentos, de modo que puedan estar atentos a cualquier reacción entre los medicamentos, alergias y otras advertencias.

Expedientes médicos electrónicos (EHR)—Un expediente seguro y confidencial sobre su salud y tratamientos que su médico, el personal médico o el hospital mantiene en una computadora. Si sus proveedores usan los expedientes médicos electrónicos, pueden participar en una red que les permita compartir estos expedientes de una manera segura.



- El EHR puede contribuir a disminuir los errores médicos y puede ayudar a mejorar la calidad de los servicios.
- El EHR puede permitir que todos sus proveedores tengan la misma información actualizada sobre sus problemas de salud, tratamientos, exámenes y medicamentos.

Controle su información médica por Internet (continuación)

El siguiente es un ejemplo de IT Médica que **usted** puede utilizar:

Expediente médico personal (PHR)—Un expediente con su información médica que **usted** o la persona que lo ayuda puede mantener en su computadora para referencia.



- Estas herramientas fáciles de usar le permiten monitorear su información médica desde cualquier lugar donde haya acceso a Internet.
- Si tiene un PHR, usted puede controlar la información relacionada con su salud, como por ejemplo la última vez que se hizo un examen físico, una enfermedad grave, sus operaciones, alergias o la lista de sus medicamentos.
- Los PHR generalmente son ofrecidos por los proveedores, planes y compañías privadas. Algunos son gratuitos por otros tendrá que pagar.
- Cuando use un PHR, asegúrese de hacerlo en un sitio Web seguro. En un sitio Web seguro usted tiene que crear una clave de identificación de usuario y una contraseña, y la información que ingresa está codificada para que otras personas no puedan leerla.



Hay leyes federales y estatales que protegen la confidencialidad y seguridad de su información. Los PHR que no están patrocinados o mantenidos por su plan médico o su proveedor de la salud, tal vez no tengan normas de confidencialidad.

Visite www.medicare.gov/phr para averiguar sobre su expediente médico personal.

Las palabras en color azul están definidas en las páginas 127–130.

Las publicaciones de Medicare

Para leer, imprimir o descargar folletos, hojas informativas o panfletos sobre temas relacionados con Medicare, visite www.medicare.gov/publications. Puede hacer una búsqueda por palabra clave (por ejemplo “derechos” o “salud mental”) o “Ver todas las publicaciones de Medicare”.

Si la publicación que le interesa tiene un casillero después de “Ordene la publicación”, significa que puede solicitar una copia impresa. O, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y decir “Publicaciones” para averiguar si le pueden mandar una copia impresa de la publicación que le interesa. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Recursos para los cuidadores

¿Ayuda usted a un beneficiario de Medicare?

Medicare tiene recursos que le ayudarán a obtener la información que necesita.



- ¡Visite “Pregunte a Medicare” en www.medicare.gov/caregivers para que pueda ayudar a la persona que cuida a escoger un plan médico, a comparar asilos para ancianos, ayudarlos con sus facturas y más.
- Regístrese en el sitio Web mencionado arriba para recibir el boletín electrónico bimensual gratuito “Pregunte a Medicare” (ask Medicare). El boletín electrónico contiene la información más actualizada, incluidas las fechas importantes, los cambios en el programa Medicare y los recursos disponibles en su comunidad.
- Visite el Localizador Eldercare en www.eldercare.gov o llame al 1-800-677-1116 para encontrar los servicios de apoyo para cuidadores en su área.
- Obtenga información oficial de Medicare a través de la red social Twitter en www.Twitter.com/CMSGov y el del Programa de Seguro Médico para Niños en www.Twitter.com/IKNGov.
- Visite www.YouTube.com/cmshhsgov para ver videos sobre una amplia gama de temas en el canal YouTube de Medicare.



Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Para ayudarle con preguntas sobre los derechos y protecciones de Medicare, apelaciones, escoger un plan de salud, comprar una póliza Medigap o algún otro seguro de salud.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente. La versión impresa contiene información de números telefónicos. Para la información más reciente de números telefónicos, por favor, visite www.medicare.gov/contacts/home.asp. Gracias.



Definiciones

Área de servicio—El área geográfica donde su plan acepta miembros si es que limita la inscripción a los miembros que viven en dicha zona. Para los planes que requieren que usted use sus médicos y hospitales, es también el área donde se brindan los servicios médicos (que no sean de emergencia). Si usted se muda fuera del área de servicio, el plan debe cancelar su cobertura.

Ayuda adicional—Un programa de Medicare para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar por los costos de la cobertura de recetas médicas, tales como las primas, deducibles y el coseguro.

Cantidad aprobada por Medicare—En el Medicare Original, es la cantidad que puede recibir en pago un médico o proveedor que acepta la asignación. Incluye lo que paga Medicare y cualquier deducible, coseguro o copago que usted pague. Puede ser menor que la cantidad que le cobra su médico o proveedor.

Centro de rehabilitación para paciente interno—Un hospital, o parte de un hospital que brinda un programa intensivo de rehabilitación para los pacientes internados.

Cobertura válida/acreditable de medicamentos recetados—

Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo de un empleador o sindicato) que paga, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas. Las personas que tienen esta cobertura cuando son elegibles para Medicare por primera vez, pueden conservarla sin tener que pagar una multa si más tarde deciden inscribirse en un plan Medicare de medicamentos recetados.

Copago—Es la cantidad que le corresponde pagar del costo de los servicios o suministros como por ejemplo la visita médica, la atención en el hospital como paciente ambulatorio o un medicamento. El copago por lo general es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, puede que le cobren \$10 o \$20 por la visita médica o el medicamento.

Coseguro—La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Cuidado de custodia/compañía—Cuidado personal no especializado, para ayudarle con las actividades cotidianas tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas oculares. En la mayoría de los casos Medicare no paga por este tipo de cuidado.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)—cuidado de enfermería especializada y de rehabilitación brindados de manera continuada y a diario en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de dicho cuidado incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solamente pueden ser brindados por una enfermera licenciada o por un médico.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Días de reserva vitalicios—En el Medicare Original son días adicionales que Medicare pagará cuando ha estado hospitalizado por más de 90 días. Estos 60 días pueden ser usados una sola vez durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga todos los costos excepto el coseguro diario. En el 2011, usted paga \$566 por cada día de reserva de por vida.

Formulario—Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de medicamento o por otro seguro que ofrezca la cobertura de las recetas médicas.

Hospital de acceso crítico—Un centro médico pequeño que brinda servicios ambulatorios y de internación limitados a personas en zonas rurales.

Hospital de cuidado a largo plazo—Hospitales de atención aguda que brindan tratamiento a los pacientes que deben permanecer internados más de 25 días. La mayoría de los pacientes son transferidos de las unidades de cuidado intensivo o crítico. Los servicios proporcionados incluyen rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento para traumatismo craneo encefálico y control del dolor.

Institución/Centro—Un establecimiento que ofrece el cuidado de la salud a corto o a largo plazo, por ejemplo un asilo de ancianos o un centro de enfermería especializada. No incluye los centros para adultos y de vida asistida, o los hogares residenciales.

Médico de cuidado primario/cabecera—Es el médico a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. El médico de cuidado primario es el que se encarga de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano. También es el que lo refiere a otro proveedor de la salud y habla con otros médicos sobre su cuidado. En muchos Planes Medicare Advantage, antes de ver a cualquier otro médico, usted debe consultar primero a su médico de cuidado primario.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO)—Un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de Medicare.

Período de beneficio—La forma en que el Medicare Original mide su uso de los servicios de hospital y de Centros de Enfermería Especializada (SNF). Un período de beneficio comienza el día que usted es admitido al hospital o al centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted es ingresado al hospital o al SNF después de que se haya terminado un período de beneficio, comenzará uno nuevo. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para cada período de beneficio. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficio.

Plan de salud de Medicare—Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles a los beneficiarios inscritos, todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término se usa en toda esta publicación e incluye a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo, los programas piloto, los programas PACE.

Plan Medicare—Se refiere a cualquier plan que no sea el Medicare Original, mediante el cual usted recibe los beneficios de salud y de medicamentos de Medicare. El término incluye todos los planes de salud de Medicare y los Planes Medicare de Medicamentos Recetados.

Prima—El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico o de medicamentos por la cobertura.

Referido—Una orden por escrito de su médico de cabecera para que consulte a un especialista o reciba ciertos servicios. En muchos HMO, usted necesita una orden por escrito antes de atenderse con cualquier profesional de la salud que no sea su médico de cabecera. Si no tiene un referido de su médico, es posible que el plan no pague.

Servicios preventivos—Servicios médicos para prevenir enfermedades o hacer una detección temprana de las mismas, que es cuando el tratamiento da mejores resultados (por ejemplo, la prueba Papanicolaou, vacuna contra la gripe y las mamografías).

TTY—Teléfono de texto, es un dispositivo de comunicación para sordos, personas con impedimentos auditivos o aquellos con impedimentos graves del habla. Las personas que no tienen un TTY pueden comunicarse con un usuario TTY a través de un centro de mensajes (MRC). Este centro tiene operadores TTY disponibles para enviar e interpretar mensajes TTY.

Los costos de Medicare

Sus primas mensuales

La prima mensual de la Parte A (seguro de hospital)

La mayoría de las personas no pagan la **prima** correspondiente a la Parte A porque pagaron los impuestos de Medicare mientras trabajaban.

En el 2011, usted paga hasta \$450 por mes si no obtuvo la Parte A sin prima. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, el monto de la prima será mayor.

La prima mensual de la Parte B (seguro médico) (vea la página 25)

La mayoría de las personas continuarán pagando la misma prima del año pasado para la Parte B.

Si su ingreso anual en el 2009 fue		Usted paga
Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	\$115.40
Más de \$85,000 hasta \$107,000	Más de \$170,000 hasta \$214,000	\$161.50
Más de \$107,000 hasta \$160,000	Más de \$214,000 hasta \$320,000	\$230.70
Más de \$160,000 hasta \$214,000	Más de \$320,000 hasta \$428,000	\$299.90
Más de \$214,000	Más de \$428,000	\$369.10

Si tiene preguntas sobre la prima de la Parte B llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de **TTY** deben llamar al 1-800-325-0778.

Nota: Si no recibe beneficios del Seguro Social, RRB, o el Servicio Civil, y se inscribe en la Parte B, le enviarán una factura por el importe de la prima. Si decide adquirir la Parte A, siempre le enviarán una factura por la prima. Usted puede enviar el pago de la prima por correo a Medicare Premium Collection Center, P.O. Box 790355, St. Louis, MO 63179-0355. Si recibe una factura de RRB, envíe la pago de la prima a RRB, Medicare Premium Payments, P. O. Box 9024, St. Louis, MO 63197-9024.

Lo que usted paga si está inscrito en el Medicare Original

Los costos de los servicios y suministros cubiertos por la Parte A

Sangre	En la mayoría de los casos el hospital la obtiene de un banco de sangre sin costo de modo que no tendrá que pagarla o reponerla. Si el hospital tiene que comprar la sangre, usted debe pagarle por las 3 primeras pintas de sangre que reciba por año o donarla.
Cuidado de la salud en el hogar	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 por los servicios de atención en el hogar ▪ 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero
Cuidado de hospicio	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 por el cuidado de hospicio ▪ Un copago de hasta \$5 por receta para aliviar el dolor y controlar los síntomas de los pacientes ambulatorios ▪ El 5% de la cantidad aprobada por Medicare para el cuidado de relevo (relevo por un período de tiempo corto para que la persona que lo cuida a diario pueda descansar) si usted está internado <p>Medicare no paga por el alojamiento y comidas si recibe cuidado de hospicio en su caso o en otro centro (como un asilo para ancianos).</p>
Estadía en el hospital	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$ 1,132 de deducible y no paga coseguro por una estadía de 1–60 días por cada período de beneficio ▪ \$283 diarios por una estadía de 61–90 días por cada período de beneficio ▪ \$566 por “día de reserva vitalicio” después de una estadía de 90 días por cada período de beneficio (hasta 60 días en toda su vida) ▪ Todos los costos diarios después de haber usado los días de reserva vitalicios ▪ La atención psiquiátrica en un hospital de psiquiatría se limita a 190 días durante su vida <p>Vea “Servicios médicos y otros” en la página 133 para averiguar cuánto paga por los servicios del médico mientras está internado en el hospital.</p>
Estadía en un centro de enfermería especializada	<p>Usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ \$0 por los 20 primeros días de cada período de beneficio ▪ \$141.50 diarios por una estadía de 21–100 días por cada período de beneficio ▪ Todos los costos después de los 100 días de cada período de beneficio

Nota: Los costos de los Planes Medicare Advantage varían con cada plan y pueden ser más altos o más bajos de los mencionados arriba. Fíjese en la Evidencia de Cobertura de su plan.

Lo que usted paga si está inscrito en el Medicare Original

Los costos de los servicios y suministros cubiertos por la Parte B

Deducible de la Parte B	Usted paga los primeros \$162 al año por los servicios cubiertos.
Sangre	<p>En la mayoría de los casos el proveedor la obtiene de un banco de sangre sin costo de modo que no tendrá que pagarla o reponerla. Sin embargo, tendrá que pagar un copago por los servicios para procesar y tratar cada pinta de sangre que reciba. También tiene que pagar el deducible de la Parte B. Si el proveedor tiene que comprar la sangre, usted debe pagarle por las 3 primeras pintas de sangre que reciba por año o donarla.</p> <p>Usted tiene que abonar un copago por cada unidad de sangre adicional que reciban como paciente ambulatorio (después de las 3 primeras pintas) y el deducible de la Parte B.</p>
Servicios de laboratorio	Usted no paga por los servicios aprobados por Medicare.
Cuidado de la salud en el hogar	Usted paga por los servicios aprobados por Medicare, y el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para el equipo médico duradero.
Servicios médicos y otros	Usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare para la mayoría de los servicios médicos (incluidas la mayoría de las visitas médicas mientras está internado en el hospital), la terapia ambulatoria*, la mayoría de los servicios preventivos y el equipo médico duradero.
Servicios de salud mental	Usted paga el 45% de la mayoría de los servicios psiquiátricos para paciente ambulatorio.
Otros servicios cubiertos	Usted paga un copago o coseguro .
Servicios ambulatorios en el hospital	Usted paga un coseguro (por los servicios del médico) o copago por la mayoría de los servicios ambulatorios que recibe en el hospital. El copago por cada servicio no puede ser más que el deducible que paga por la internación en el hospital.

*En el 2011, podrían haber límites para la terapia física, ocupacional y del habla. Si ese fuera el caso, puede que estos límites tengan excepciones.

Nota: Todos los Planes Medicare Advantage deben cubrir estos servicios. Los costos varían con cada plan y pueden ser más altos o más bajos de los mencionados arriba. Fíjese en la Evidencia de Cobertura de su plan.

Las primas de los Planes Medicare Advantage (Parte C) y de los planes Medicare de medicamentos recetados (Parte D)

Visite www.medicare.gov/find-a-plan para obtener las primas del plan.

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

El cuadro a continuación muestra la prima mensual que paga en un plan de medicamentos recetados basada en sus ingresos. Si su ingreso está por encima de cierta cantidad límite, pagará un ajuste mensual además de la prima del plan.

La prima mensual de la Parte D (vea la página 75)

Si su ingreso anual en el 2009 fue		Usted paga
Declaración de impuestos individual	Declaración de impuestos conjunta	
\$85,000 o menos	\$170,000 o menos	La prima del plan
Más de \$85,000 hasta \$107,000	Más de \$170,000 hasta \$214,000	\$12.00 + la prima mensual del plan
Más de \$107,000 hasta \$160,000	Más de \$214,000 hasta \$320,000	\$31.10 + la prima mensual del plan
Más de \$160,000 hasta \$214,000	Más de \$320,000 hasta \$428,000	\$50.10 + la prima mensual del plan
Más de \$214,000	Más de \$428,000	\$69.10 + la prima mensual del plan

El ajuste mensual por ingreso se deducirá de su cheque mensual del Seguro Social, independientemente del modo en que usted pague la prima mensual de su plan. Si dicha suma es más que la cantidad del cheque de SSA, Medicare le enviará una factura.

Los costos de los servicios y suministros cubiertos por las Partes C y D

La información sobre los costos de los [planes Medicare](#) de su zona está disponible en www.medicare.gov. También puede llamar al plan o al 1-800-MEDICARE. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará el número de teléfono en las páginas 123–126.

El número a continuación se usó para estimar la multa por inscripción tardía en la Parte D. La [prima](#) básica nacional cambia cada año. Si desea más información sobre cómo calcular para multa, vea la página 79.

Prima básica nacional de la Parte D para el 2011	\$32.34
---	---------

A Medicare le interesa su opinión. Si tiene comentarios generales sobre esta publicación, envíenos un correo electrónico a medicareandyou@cms.hhs.gov. Lamentablemente no podemos responder a cada comentario, pero los tendremos en cuenta cuando para los manuales futuros.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 10050-S
Revisado en febrero 2011

Manual Nacional de Medicare

- Copias disponibles en: Braille, audiocasete, letra grande (en inglés y español)
- ¿Sospecha que hubo fraude? Llame a la línea de fraude del Inspector General al 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-377-4950. En Florida llame al 1-866-417-2078.
- ¿Cambió de domicilio? Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.



www.medicare.gov
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY 1-877-486-2048



10% de papel reciclado